№ 11. WARSZAWA, LISTOPAD 1938 ROK X.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. P. HERYNG.

LECZENIE I ZAPOBIEGANIE BŁONICY.

Błonica jest ostrą swoistą chorobą zaraźliwą, wywołaną przez laseczník Klebs-Löfflera (1884). Cechuje się tworzeniem błon rzekomych na migdałkach, w gardzieli, nosie i krtani. Prątki błonicze wykazują skłonność do pozostawania na miejscu, na powierzchni zajętych błon śluzowych oraz w samych błonach rzekomych. Sam zarazek błonicy wydaje się nieszkodliwy dla organizmu, ale jego rozpuszczalna *toksyna błonicza* (1888) od której zależą, jak to wykazały dane doświadczalne i obserwacje kliniczne, wszystkie zmiany miejscowe w górnych drogach oddechowych oraz objawy ogólne w postaci swoistego zatrucia organizmu jest jedyną przyczyną wszystkich zmian anatomicznych i co za tym idzie, klinicznych, stwierdzanych w tej infekcji. Toksyna błonicza działa ze zmiennym nasileniem, wywołując zapalenia wszystkich stopni ciężkości, począwszy od łagodnego nieżytowego zapalenia gardła i kończąc na najcięższych śmiertelnych powikłaniach szczególnie ze strony serca (ciężkie objawy zwyrodnienia) nerek, (azotemia), nadnerczy (adynamia, podciśnienie), wątroby (zwyrodnienie bezpośrednie i pośrednie), układu nerwowego (porażenia), układu krwiotwórczego (krwawienia, anemia).

Różne postacie błonicy zależą nietylko od szybkości powstawania i od ilości związanego jadu, ale też od osobniczej wrażliwości organizmu na toksynę błoniczą. Od tej skłonności osobniczej zależy też i ilość zachorzeń.

Błonica przenosi się najczęściej drogą kropelkową przez bezpośrednie zetknięcie się z t. zw. *nosicielami* prątków, najczęściej zdrowymi, którzy przechowują laseczniki błonicze w nosie i gardle przez szereg miesię-

cy i lat. Podobnie jak w innych chorobach zakaźnych, wszelkie zakażenia nosa i gardła uspasabiają do błonicy.

Największą *zachorowalność* na błonicę spostrzega się w wieku od lat dwuch do sześciu. Powyżej sześciu lat ilość zachorowań zaczyna spadać, gdyż odporność wzrasta. Najważniejszym czynnikiem określającym podatność osobniczą na błonicę jest istnienie lub brak odporności antytoksycznej. Próba Schicka umożliwia nam ocenę wrażliwości osobników na zakażenie błonicze. Odczyn Schicka polega na wstrzyknięciu doskórnym w okolicę mięśnia naramiennego lub w przedramię 1/10 cm toksyny przedstawiającej 1/50 dawki minimalnej toksycznej dla świnki morskiej. Jeżeli osobnik jest podatny na działanie jadu błoniczego — odczyn dodatni — to po 48 godzinach występuje w miejscu wstrzyknięcia czerwone wzniesienie wielkości grosza łuszczące się 10-go dnia. Odczytywanie odczynu odbywa się 8-go dnia, jednak Fricker i inni uważają, że najlepiej jest odczytywać dodatni odczyn Schicka już czwartego dnia. Aby nie otrzymać fałszywego odczynu uczuleniowego na proteiny maczugowca błonicy robi się jednocześnie na drugim ramieniu drugie wstrzyknięcie z 1/10 cm. tej samej toksyny, ale ogrzanej przedtem w celu pozbawienia jej własności toksycznych. Ta ogrzana toksyna zachowuje jednak własności antygenu białkowego. Odczyn fałszywy na tym drugim ramieniu występuje po 24—48 godzinach i znika po dwuch dniach. Odczyn ujemny Schicka jest dowodem odporności, t. zn., że we krwi znajduje się dostateczna ilość przeciwjadu błoniczego, inaczej mówiąc ustrój nie jest wtedy wrażliwy na jad błoniczy.

Karasowa i Schick stwierdzili już w r. 1910 przy pomocy odczynu Schicka, że z postępującym wiekiem szereg osobników, który na błonicę nie chorował, posiada we krwi dostateczną ilość antytoksyny błoniczej, aby uczynić ich odpornym i w stosunku do choroby. Odpowiednio do tego faktu, stwierdzili oni też spadek zachorowań z postępującym wiekiem. Odporność tę osobnicy ci nabyli zapewne przez ciągłe stykanie się z podchorobowymi dawkami laseczników Löfflera (bezobjawowe utajone zakażenie). Dorośli w 80% są odporni na błonicę. Jest to odporność czynna. Niemowlęta są odporne w 85%. Posiadany przez nich przeciwjad we krwi odziedziczyły one po matce. Ale odporność tą zaczynają one tracić pod koniec pierwszego roku. Odporność *naturalna* czynna, uzyskana przez przebycie błonicy leczonej lub nieleczonej surowicą swoistą trwa zaledwie kilka miesięcy, tak że ci osobnicy mogą jeszcze raz zachorować na błonicę. Odporność *bierna* uzyskana przez podanie surowicy zwierząt uodpornionych w celu zapobiegawczym trwa zaledwie trzy tygodnie. W chwili *zapadania* na błonicę objawy i przebieg choroby będą zależały od: 1) ilości i umiejscowienia błon, 2) ilości wchłoniętej toksyny, 3) obecności drobnoustrojów zakażających wtórnych, w szczególności paciorkowców. Należy zaznaczyć, że odoskrzelowe zapalenie płuc jest jednym z najczęstszych

powikłań wtórnych. W zależności od nasilenia choroby błonica przebiega w klinice pod różnymi postaciami, z których najważniejszymi są: 1) błonica gardzieli i migdałków zwykła. Jest to błonica umiejscowiona. (Okres wylęgania — od dwuch do czterech dni po czym występuje zaczerwienienie gardła, następnie szaro-białawe plamki na migdałkach, wreszcie błony. Poza tym stwierdza się swoisty słodkawo-mdły zapach z ust, podwyższenie ciepłoty, obrzmienie gruczołów szyjnych, a u niemowląt błonicę nosa z krwawo-surowiczo-ropnym wyciekiem i silnym katarem), 2) *Błonica* gardzieli i migdałków ze średnio ciężkim stanem ogólnym. Jest to tak zwana błonica uogólniona, gdzie zaburzenia toksyczne, szczególnie ze strony serca występują na plan pierwszy. 3) Błonica złośliwa toksyczna (Friedman i Brugsch). Tutaj objawy miejscowe są odrazu ciężkie i rozległe. Stwierdza się obrzęk miejscowy gruczołów i tkanki okołogruczołowej, obrzęk klatki piersiowej, rozległe brunatno-krwawe naloty podlegające rozkładowi gnilnemu, ubytki nekrotyczne na migdałkach i śluzówce jamy ustnej, charakterystyczny zapach błoniczy z ust. Szczególnie jednak dominują objawy ogólne zatrucia: temperatura 41, silne bóle głowy i stawów, przygnębienie i upośledzenie stanu ogólnego, ciężkie objawy zwyrodnienia serca, wątroby, nerek, nadnerczy, układu nerwowego (porażenia podniebienia i akkomodacji), układu krwiotwórczego (wybroczyny skórne).

Jad błoniczy posiada szczególne powinowactwo do *mięśnia sercowego i uszkadza* wybiórczo jego komórki. Nieznaczne już zmiany w sercu mogą doprowadzić do jego porażenia. Wszystkie postacie błonicy wywołują zaburzenia sercowe o różnym nasileniu, a nasilenie zmian w sercu wzrasta z postępem choroby. Te zaburzenia sercowo-naczyniowe przedstawiają się w klinice następująco: granice serca są rozszerzone: stwierdza się głuche tony, rozszczepienie tonów, szmer skurczowy, skórcze dodatkowe, różne niemiarowości, zwolnienie lub przyspieszenie tętna, obniżenie ciśnienia krwi, wybitna charakterystyczna bladość, która występuje we wszystkich postaciach błonicy, sinica kończyn, powiększenie wątroby, która według szeregu autorów jest bezpośrednio zaatakowana przez jad błoniczy. Wszystkie te objawy zwyrodnieniowe mięśnia sercowego są spotykane pojedyńczo lub w połączeniu we wszystkich postaciach błonicy tak lekkich jak i ciężkich. Występują one nawet w rekonwalescencji. EKG wykazuje dekstrogramy, sinistrogramy, wydłużenie odcinka PQ, rozszczepienie zespołu komorowego QRS, zmiany załamków PiT, dwufazowe T, tachycardia zatokowa, skurcze dodatkowe, rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe, blok całkowity.

Zmiany w sercu występują już w drugim dniu choroby, a najczęściej między drugim a piątym dniem. W postaci umiejscowionej, w postaci ze zmianami uogólnionymi i w postaci subtoksycznej, zmiany sercowe ustępują powoli, przyczym są lżejsze w pierwszych dwuch postaciach.

Balsam Trikolan-AGE

Reg. M. O. Sp. Nr. 295

i

Balsam Trikolan-AGE

C. BIOPHYTOLO

Reg. M. O. Sp. Nr. 294

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju

w cierpieniach dróg oddechowych.

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń pp. Lekarzy, podkreślających dodatnie działanie tych środków, co jest **najlepszym świadectwem ich wartości leczniczej.** Preparaty te na I-ej Wystawie przeciwgruźliczej we Lwowie nagrodzone zostały złotym medalem.



Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc itp.

DOROŚLI: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej.

DZIECI: 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Wobec ujawnionych naśladownictw prosimy WW. PP. Lekarzy o przepisywanie **„Balsamu Trikolan"** tylko w oryg. opakowaniu.

Dla pp. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

Mokotowska Fabryka Chem.-Farm. A. Gąsecki i Synowie Sp. Akc.

Warszawa 12, Mokotów, ul. Belgijska Nr. 7.

gdzie ustępują prędzej niż w trzeciej, w której zmiany są cięższe i trwają dłużej, W postaci toksycznej błonicy złośliwej zmiany sercowe są intensywniejsze a u dzieci, które nie umierają, objawy zwyrodnienia mięśnia sercowego ustępują bardzo powoli i trwają czasami więcej niż rok. (Pola, Daniels, Rits, Pardee, Peterson, Typ, Schwersen, Schmelz, Forster, Blinder). Wobec tego, że serce jest tak ciężko i tak wcześnie uszkodzone w błonicy, największą uwagę należy skierować od pierwszego dnia choroby na ten narząd. Serce chorego na błonicę należy badać jaknajwcześniej i jaknajczęściej elektrokardiograficznie, gdyż te badania wykazują, że już przed objawami uchwytnymi w klinice, serce jest ciężko uszkodzone. Chory na błonicę musi długo pozostawać w łóżku, dlatego, że objawy niedomogi krążeniowej mogą jeszcze wystąpić w okresie zdrowienia. Chory będzie mógł wstać z łóżka, jeżeli trzy kolejne obrazy elektro-kardiograficzne nie budzą już żadnej obawy. Czas więc leżenia w łóżku jest zgóry nieoznaczony w błonicy. (Norman, Regg, Gnaal i Schumacher). Zwyrodnienie nerek przejawia się białkomoczem ,wałeczkami, zwiększeniem zawartości mocznika, zmiany w układzie krwi, zmniejszeniem się ilości płytek i anemią. 4) Błonica złośliwa z przewagą porażeń wielonerwowych. 5) Błonica krtani pierwotna lub wtórna, gdzie w gardle można nie spostrzedz błon, które są głęboko umieszczone, ale gdzie stale wzrastająca duszność z charakterystycznym oddechem piłującym, chrypką, bezgłosem i sinicą pozwalają na rozpoznanie. W miarę pogarszania się sprawy chorobowej wdech staje się tutaj coraz trudniejszy. Oddychaniu towarzyszą głośne rzężenia i wdechowe wciągania w nadbrzuszu, dołku jarzmowym i w bocznych częściach żeber. Brak tchu może doprowadzić do śmierci z uduszenia.

Przejście błonicy pozostawia zasadniczo uodpornienie, które z jednej strony nie jest jednak pewne, gdyż laseczniki mogą przez długi czas pozostawać w jamie nosowo-gardzielowej, a z drugiej strony jest krótkotrwałe (kilka miesięcy), izolacja dzieci chorujących na błonicę zwykłą powinna trwać mniej więcej 6 — 8 tygodni. Należy jednak przed wypuszczeniem dziecka zbadać kilkakrotnie wydzielinę z gardzieli na laseczniki Löfflera i zrobić odczyn Schicka.

Rokowanie. Błonica jest chorobą śmiertelną. Największą śmiertelność w błonicy spostrzega się w pierwszych dwuch latach życia, może na skutek wybitnej skłonności do atakowania krtani i dolnych dróg oddechowych oraz wikłającego zapalenia płuc. Śmierć na skutek błonicy zależy naogół od 1) stopnia toksemii, przy czym bezpośrednią przyczyną zgonu jest niewydolność mięśnia sercowego, 2) od zwężenia krtani, 3) od odoskrzelowego zapalenia płuc, wynikłego z infekcji wtórnej łatwopowstającej wskutek toksycznego uszkodzenia układu naczyniowego, 4) od późnego porażenia mięśnia sercowego, 5) od porażenia oddechu.

Ci, którzy nie byli świadkami strasznej śmiertelności, wynoszącej około 80% przed wprowadzeniem surowicy przeciwbłoniczej do lecznictwa błonicy nie mogą oczywiście wyobrazić sobie jaki potężny środek otrzymał świat lekarski do walki z błonicą i jaką rolę zbawienną odegrała i odgrywa ciągle surowica w tej chorobie zakaźnej. Kiedy w r. 1884 Cadet de Gassicourt mówił na swoich wykładach o bezsilności lekarzy wobec błonicy, która w jego oczach dziesiątkowała ludność, nie spodziewał się, że w dziesięć lat później odkrycie przez Behringa i Kitasato, Roux, Martin i Chaillon (1892 — 1894) surowicy przeciwbłoniczej zmniejszy śmiertelność błonicy o $^9/_{10}$ przy jej zastosowaniu *leczniczym*. Nie będziemy tu mówili ani o samym odkryciu, ani o dokładnym sposobie przygotowania i mianowania surowicy przeciwbłoniczej. Przypomnimy tylko, że surowicę tę przygotowuje się wstrzykując koniowi wzrastające dawki jadu. Ustrój zwierzęcia reaguje na to wprowadzenie obcego białka przez wytwarzanie swoistych przeciwciał zwanych antytoksynami. Czas uodpornienia konia trwa około 6 miesięcy, mniej więcej w trzy tygodnie po ostatnim wstrzyknięciu toksyny upuszcza się zwierzęciu pewną ilość krwi, oddziela się surowicę i w celu zapobiegnięcia zanieczyszczeniu bakteriami dodaje się środek antyseptyczny jak fenol, chinozol i t. d. W ostatnich czasach w Instytucie Pasteura w Paryżu szczepi się konia najpierw anatoksyną z tapioką, która pobudza organizm do wyrabiania większej ilości antytoksyn, poczym dopiero temu uodpornionemu koniowi, wstrzykuje się jeszcze wzrastające dawki toksyny. Taka surowica jest bardzo bogata w przeciwciała. Otrzymana w ten sposób surowica jest *antytoksyczna,* a nie przeciwbakteryjna. Ma ona własności neutralizujące toksynę błoniczą. Surowica przed oddaniem do użycia musi być dokładnie mianowana. Jednostką antytoksyczną będzie ilość surowicy potrzebna do zneutralizowania 100 jedn. toksycznych, a jedn. toksyczną jest ilość toksyny potrzebna do zabicia świnki morskiej ważącej 250 — 300 gr. w ciągu 3 — 5 dni. Szereg prac wykazał, że własności lecznicze surowicy nie są równoległe do własności antytoksycznych. (Abt) W klinice należy stosować o wiele większe dawki surowicy, niż to się wydawało w początkowych okresach jej mianowania. Ustawowe ampułki zawierały 10 — 20 cm. surowicy i odpowiadały 2500 — 5000 jedn. antytoksycznych (1 cm. — 250 jedn. ant.) Później zaczęto wyrabiać surowicę, gdzie 1 cm zawierał 300 — 400 — 500 jedn. ant. Obecnie stosuje się ogólnie te trzy rodzaje. Ampułki zawierające surowicę muszą być zawsze przezroczyste. W razie pojawienia się zmętnienia surowica jest nieużyteczna.

Surowicę stosuje się zapobiegawczo i leczniczo. W obu wypadkach mamy na celu uodpornienie bierne, gdyż wprowadzamy do ustroju su-

rowicę zwierzęcia, zawierającą gotowe ciała odpornościowe. Wywiera ona natychmiast efekt.

Lecznicze stosowanie surowicy przeciwbłoniczej.

Dawka *lecznicza* antytoksyczna, jest bardzo trudna do ustalenia. Z tego też powodu od samego początku powstania surowicy powstały na ten temat dyskusje, które jeszcze trwają. Oprócz wielkości dawki najważniejszą rzeczą jest czas podania surowicy. Ważną jest też droga wprowadzenia surowicy i ilość dawek, wreszcie jakość surowicy (ustawowa czy zagęszczona). Na samym początku już stwierdzono, że zbyt małe dawki, zbyt późno zastosowane oraz wybór nieodpowiedniej drogi wprowadzenia dały szereg niepowodzeń.

Trzy zasady dominują w podawaniu surowicy: 1) Surowica musi być podawana *wcześnie,* 2) Dawki muszą być *duże,* i 3) muszą być *powtarzane* tak długo, jak długo trwają kliniczne objawy błonicy miejscowe (gardzieli, krtani i t. d.) i ogólne, czasami także po zniknięciu wszelkich objawów klinicznych, gdyż porażenia i objawy zwyrodnienia mięśnia sercowego mogą wystąpić w rekonwalescencji.

1) *Bardzo wczesne* podawanie surowicy jest uzasadnione obserwacjami klinicznymi i doświadczalnymi. Cruveilhier podawał śmiertelne dawki toksyny świnkom morskim. Po 6 godzinach działania trucizny nawet małe dawki surowicy leczyły zwierzęta, ale już po 8-ej godzinie nie ratowały zwierząt żadne dawki. Klinicznie wiadomo, że śmiertelność *wzrasta* w miarę opóźnienia zastrzyku surowicy. Wstrzykiwanie *pierwszego dnia* choroby dużych dawek surowicy neutralizuje jad krążący, nie pozwalając z jednej strony na utrwalenie i łączenie się trucizny z narządami i tkankami, a z drugiej strony na rozprzestrzenienie się błon, podczas gdy późne podanie surowicy nie może się przeciwstawić licznym błonom i zatruciu organizmu. Zostało stwierdzone: 1) że *jad* błoniczy wytworzony w małych ilościach pozostaje na miejscu swego powstania, zaś w większych ilościach dostaje się do krwi i szybko przenika do tkanek, przy czym to przenikanie odbywa się znacznie szybciej niż przeciwjadu, który dłużej krąży we krwi mając mniejszą zdolność do przenikania do tkanek, 2) zniszczenia, które już powstały pod wpływem toksyny błoniczej są nieodwracalne i żadne dawki antytoksyny nie mają na te zniszczenia wpływu. Wszyscy bez wyjątku doszli do przekonania, że *czas podania surowicy gra największą rolę w leczeniu błonicy* (Marfan, Comby, Bosc, Perchere, Bouchet, Pehu, Durant) . *Nie należy nigdy czekać na wyniki badania bakteriologicznego ale odrazu pierwszego dnia natychmiast po klinicznym rozpoznaniu błonicy* (silna bladość powłok, błony, przyspieszone tętno przy względnie niewysokiej ciepłocie, silne osłabienie) *podać bezwzględnie surowicę przeciwbłoniczą w celu możliwie szybkiego i całkowitego zobojętnie-*

Extractum completum glandulae sexualis masculinae

(preparat znany w piśmiennictwie światowym pod nazwą **„Androstina"**)

Pełnowartościowy wyciąg
z męskich gruczołów płciowych.

Impotencja.
Climacterium virile.
Schorzenia gruczołu krokowego.
Nerwice i psychozy pochodzenia płciowego u mężczyzn i kobiet.

DRAŻETKI
AMPUŁKI

Pabianicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabianice.

NOVURIT-CHINOIN
DIURETICUM

DEMALGON-CHINOIN
ANALGETICUM

Reg. Nr. 1825 i 1826

SENSIBAMIN-
CHINOIN

UTERINUM HAEMOSTYPTICUM

Nowy naturalny alkaloid
z polskiego sporyszu!

Działanie szybkie, energiczne i długotrwałe!

Tabletki po 0,7 mg SENSIBAMINY.
Ampułki po 1,1 ccm zawierające 0,35 mg SENSIBAMINY.

Spasmoliticum myotrop.
PERPARIN-CHINOIN

Generalne
Przedstawicielstwo

Spasmoliticum neurotrop.
NOVATROPIN-CHINOIN

BRESZEL i BRUZDA
WARSZAWA, PL. MAŁACHOWSKIEGO 2.

nia jadu błoniczego. Opóźnienie nawet o 24 godziny wstrzykiwania surowicy może wystawić chorego na bardzo ciężkie powikłania lub na ryzyko śmierci (Martin, Darre).

Jednak w praktyce, mając przed sobą niejasny obraz kliniczny, lekarz często zwleka z zastosowaniem surowicy aż do uzyskania wyniku badania bakteriologicznego z nalotu gardła. Należy wtedy czekać 8 — 18 godzin na wynik posiewów, tymczasem, jak już wiemy, od wczesnego zastosowania surowicy zależy cały przebieg choroby. Aby ułatwić lekarzowi szybkie zdecydowanie się na surowicę Helmreich wynalazł metodę *przyspieszonego badania bakteriologicznego*, w tym celu zanurza wacik do roztworu o następującym składzie: 3 cm surowicy wołowej, 1 cm bulionu z dodatkiem 10% cukru gronowego, 2 cm 10% octanu sodu. Następnie wkłada on wacik z powrotem do probówki i umieszcza go na pół godziny w łaźni wodnej w temperaturze 80 — 90 stopni celem koagulacji białka. Wacik nakręcać należy *tylko* na pręciki drewniane. Po pabraniu nalotu tym wacikiem umieszcza się go na dwie trzy godziny w cieplarce. Laseczniki rozwijają się na waciku w ciągu tego czasu, poczym wykonywuje się rozmaz i ogląda się go pod mikroskopem. *Sole* ze swojej strony w celu *szybkiego rozpoznania błonicy* proponuje swoją technikę szybkiego otrzymania hodowli prątków błoniczych. Tampon z jałowej waty zanurza się w jałowej surowicy końskiej po czym, ostrożnie przeprowadza się go przez płomień dopóki nie pojawi się lekka para, a powierzchnia tamponu zanurzonego w surowicy nie ulegnie nieznacznemu ścięciu. Za pomocą tego tamponu zbieramy materiał przez dotknięcie nim powierzchni podejrzanej. Tampon ten służy jako ośrodek hodowli prątków błoniczych. Kolonie rozwijają się na tamponie już po czterech godzinach.

Niestety prace Dahra, Kleinschmidta i innych wykazały, że pogląd lekarzy na znaczenie bakteriologiczne rozpoznania przy podejrzeniu na błonicę jest często *fałszywy*. Uzależnianie wstrzyknięcia surowicy od wyniku badania bakteriologicznego jest *błędem*, gdyż autorzy ci badając naloty (rozmaz i posiew) u ludzi z ostrą chorobą gardła stwierdzili często, że tam gdzie klinicznie postawiono rozpoznanie błonicy i wszystkim chorym natychmiast wstrzyknięto błonicę, bakteriologicznie wynik był dodatni tylko w 30 — 50% przypadków. Z tego wynika, piszą ci autorzy, że badanie bakteriologiczne dla wczesnego rozpoznania błonicy jest *bez wartości*. Nie należy przeto *nigdy* czekać na wyniki tego badania, które z jednej strony wymaga zbyt wiele czasu a z drugiej strony często zawodzi. Wprowadzając lekarza w błąd, ujemny wynik badania może spowodować groźne następstwa, szczególnie w błonicy złośliwej, gdzie na początku choroby nalotów może nie być, ale gdzie inne objawy kliniczne przemawiają za błonicą. *Rozpoznanie błonicy stawia lekarz a nie bakteriolog*. Orel twierdzi, że uzależnienie zastrzyku od wyniku badania bakteriologicznego jest błędem w *sztuce*. Według tego autora uzyskane laseczniki powinny tylko pot-

wierdzić rozpoznanie kliniczne błonicy. Z drugiej strony obecność maczugowca błonicy w gardle nie dowodzi wcale jeszcze błonicy, gdyż może się zdarzyć, że nosiciele laseczek, do liczby których wszyscy się może zaliczamy, gdyż maczugowiec jest wszechobecny, są dotknięci zmianami w gardle zupełnie innego rodzaju. Nie należy jednak zupełnie tracić zaufania do badania bakteriologicznego w błonicy, jeżeli bowiem to badanie przy podejrzeniu na błonicę nie ma decydującego znaczenia, nie znaczy to wcale, że ono jest bezcelowe. Badanie to jest konieczne, przy atypowym umiejscowieniu błonicy (skóra), przy rozstrzygnięciu, kiedy można przerwać odosobnienie chorego, kiedy dziecko po błonicy może pójść do szkoły, w celu wykrywania nosicielstwa i t. d.

2) *Dawki wystarczające — dawki masywne.*

Dawki surowicy nie zależą wcale od wieku chorego ani od jego wagi ciała a tylko od ciężkości choroby i od czasu podania surowicy, t. zn. od czasu, jaki upłynął od początku choroby. W zależności od ilości wprowadzonego jadu błoniczego i od początku leczenia surowicą są potrzebne *różne* dawki przeciwjadu. Im więcej dostało się jadu do ustroju i im później wprowadzono surowicę, tym większe powinny być dawki tej ostatniej. Dlatego też dążąc do związania toksyny we krwi przed jej przeniknięciem do tkanek i związaniem z komórkami ustroju powinniśmy w dostatecznej ilości nasycić krew surowicą. Dawki muszą być bardzo *duże.*

3) *Powtarzanie wstrzykiwań.* Na początku myślano, że wstrzykiwania surowicy muszą być powtarzane tak długo, dopóki istnieją zmiany miejscowe, t. zn. błony, skąd toksyna rozlewa się do organizmu, powodując ciężkie powikłania. W rzeczywistości surowicę należy podawać nawet po zniknięciu błon jeżeli stwierdza się zmiany w sercu lub w innym układzie. *Powtarzanie* wstrzykiwań ma na celu podtrzymywanie stopnia nasycenia krwi surowicą, która musi stale zobojętniać dostające się do ustroju coraz to nowe ilości jadu. A więc, *najważniejszą rzeczą dla lekarzy w leczeniu błonicy jest możliwie jaknajwcześniejsze stosowanie przez dłuższy czas dostatecznej dawki* surowicy błoniczej.

4) *Drogi wprowadzania surowicy:* Surowicę należy wprowadzić taką drogą, aby doszło jaknajprędzej do największego natężenia jej działania. Droga doustna jest bezskuteczna (Escherich, Hewlett, Lesne, Aviragnat, Marie, Lereboullet). Na samym początku stosowano surowicę podskórnie. Arloing, Smith, Morgenroth, Levy wykazali, że surowica działa *prędzej* drogą domięśniową a jeszcze prędzej dożylną. Doświadczenia wykazały, że po *dożylnym* podaniu surowicy następuje natychmiastowa neutralizacja, największe natężenie działania przejawia się po 4 — 5 godzinach, ale już po 8-ej godzinie własności antytoksyczne zmniejszają się. Po 24 godzinach $^2/_3$ wstrzykniętej antytoksyny zniknęły już z ustroju. Tą drogą surowica zostaje więc bardzo szybko wydalona. Wstrzyknięta *podskórnie* surowica wchłania się powoli. Największe jej

natężenie antytoksycznego działania zostaje osiągnięte 2 — 3-go dnia. Wydalanie jest bardzo wolne, a własności antytoksyczne trwają długo. *Droga domięśniowa* zajmuje miejsce pośrednie między drogą podskórną a dożylną (Perrier). Własności przeciwtoksyczne pojawiają się tutaj dopiero po 4 — 5 godzinach a po 8 godzinach osiągają one ten sam poziom, jaki widzimy przy wstrzyknięciu dożylnym, wreszcie te własności wzrastają powoli i osiągają swoje maximum między 18 — 24 godziną. Następnie siła przeciwjadu zaczyna maleć. Droga *domięśniowa jest najlepszą* i najczęściej stosowaną (Netter i Martin). *Droga dożylna* jest stosowana tylko w błonicy ciężkiej (Mouriquent, Calvas, Morenas, Martin, Derre). Surowica rozchodzi się tutaj błyskawicznie po ustroju, ale ta droga jest niebezpieczna, gdyż wywołuje często poważne objawy wstrząsu anafilaktycznego i choroby posurowiczej, dlatego też przed wstrzyknięciem obok ostrożności, które zawsze należy przedsięwziąść i o których pomówimy poniżej (patrz choroba posurowicza) należy jeszcze rozcieńczyć surowicę 2 — 3 krotnie w roztworze soli fizjologicznej lub nawet 10 krotnie jak to robią Richet, Brackie, Saint-Girons lub też podać połowę surowicy i połowę 5% podsiarczanu sodu, jak to robi Lumiere, następnie ogrzać do 38 stopni i wstrzyknąć bardzo powoli. Przy tych wszystkich ostrożnościach wstrząs jest nieznaczny. Drogę dożylną łączy się często z domięśniową. Zastrzyk *domięśniowy* robi się w górny zewnętrzny kwadrant pośladka lub w okolicę szerokiego zewnętrznego mięśnia uda, zastrzyk zaś *podskórny* najlepiej jest znoszony jeżeli jest zrobiony pod skórą brzucha. Szereg autorów obawiając się porażeń lub będąc już świadkami początkowych objawów porażennych stosował drogę *dolędźwiową,* chcąc wprowadzić prędzej surowicę do ośrodków nerwowych. (Ramon, Grandiere, Benhamon) Metoda ta ne dała jednak oczekiwanych wyników, tak że jej prawie zaniechano. W zaraniu stosowania surowicy Weil-Halle, Marie, Aviragnat zaproponowali, aby wstrzyknięto domięśniowo 250 — 300 jednostek antytoksycznych na 1 kg. wagi w przypadkach lekkich a 500 — 600 j. a. na 1 kg. wagi w przypadkach średnio-ciężkich (1 cc — 250 — 300 j. a.) Dawki te jednak okazały się w praktyce zupełnie *niedostateczne,* tak że ilość surowicy w przypadkach średnich dochodzi obecnie do 50 — 60 cc na dawkę a w przypadkach hypertoksycznych do 100 — 120 cc dziennie. Marfan w zwykłej anginie błoniczej jako średnią dawkę dzienną podaje 20 — 30 cc u dzieci, 30 — 40 cc u dorosłych. W cięższych przypadkach anginy, leczonych późno lub w postaci złośliwej podaje on do 100 cc dziennie u dzieci. Dawki ogólne dochodzą stosownie do postaci klinicznej do 600—800 cc. Martin podaje 40 cc u dzieci a 60 u dorosłych dziennie. Widal dawał 60 cc u dzieci a 100 cc u dorosłych dziennie. Lereboullet daje 40—60 cc pierwszego dnia, drugiego już 30 cc a podczas następnych dni po 20 cc. Chabrun-Ribadeau-Dumas, Comby w anginie zwykłej rozpoczynają od 40 — 50 cc; następnego dnia zmniejszają stopniowo dawkę a w an-

ginie dochodzą do 100 — 120 ccm. Wszyscy *powtarzają* dawki surowicy *tak długo* aż znikną *zupełnie* wszystkie objawy błonicze i nawet jeszcze wtedy gdy występują pierwsze objawy zdrowienia. W przypadkach zwykłych surowicę podają oni przez 4 — 5 dni. Pehu i Durant rozpoczynają od 100 ccm dziennie zmniejszając dawki w dniach następnych. W błonicy krtani dawki surowicy muszą być bardzo duże, po pierwsze w celu uniknięcia intubacji a po drugie w celu skrócenia czasu pozostawania rurki w krtani. Grenet podaje pierwszego dnia u dorosłych w przypadkach średnich 40 — 60 ccm, w przypadkach ciężkich — 100 ccm pierwszego dnia a w następnych dniach 60 — 80 ccm. U dzieci podaje on w przypadkach lekkich 500 j. a. na kg. wagi, a w przypadkach ciężkich 1000 j. a. Podczas następnych dni zmienia on dawki opierając się tylko na ciężkości stanu chorego. Hutinel podaje dorosłym 150 ccm dziennie. Schick, Jary i Goll podają 500 j. a. na kg. wagi u dzieci i twierdzą że jest to ilość zupełnie wystarczająca. Lesne radzi w błonicy złośliwej nie przekraczać dawki 1500 j. a. na kg. wagi. Bie podaje 1000 ccm surowicy na jedną kurację. Marquezy podaje w anginach lekkich 10.000 — 15.000 j. a. u dziecka, 20.000, u dorosłego i 5.000 u niemowlęcia. W anginach ciężkich 20 — 30.000 j. a., w anginach złośliwych 50 tys., w błonicy nosa 5—10.000 j. a., w błonicy spojówki 5 — 10.000, w błonicy krtani 15 — 25.000. Debre podawał z początku w przypadkach lekkich 10 — 20 tys. j. a., w przypadkach średnich 20 — 50 tys. a w ciężkich 60 — 80 tys. i więcej. Ostatnio Debre podaje że należy wstrzykiwać od razu bardzo dużą dawkę surowicy, aby stężenie w ustroju było wszędzie tak duże, aby mogło zobojętnić i toksynę już obecną i nowotworzącą się. Autor ten robi więc obecnie tylko jedno jedyne wstrzyknięcie. U dziecka do 3 lat podaje 20 tys. j. a., od 3 do 13 — 50 tys. j. a. Opinia ta nie została przyjęta prawie przez nikogo. Ogół lekarzy powtarza *kilkakrotnie* wstrzykiwania. Amerykanie podają olbrzymie dawki do 500 tys. Niemcy do 100 tys. Massigham podaje w przypadkach łagodnych 10 — 20 tys. j. a. domięśniowo w przypadkach średnich 30 — 40 tys. j. a. w przypadkach ciężkich 50. — 100. tys. j. a. dożylnie i domięśniowo, w przypadkach czystokrtaniowych 30 — 40 tys. j. a. dom. i dożylnie.

W Polsce w przypadkach lekkich podaje się 10 — 20 tys. dom., w przypadkach cięższych 20 — 30 tys. j. a., w przypadkach złośliwych 40 — 50 tys. Najczęściej stosuje się surowicę skoncentrowaną gdzie 1 ccm zawiera 1000 j. a. W Rosji Pozniak podaje pierwszego dnia *domięśniowo* od 15 — 100. tys. stosownie do przypadku. W cięższych przypadkach — dożylnie i domięśniowo. Zastrzyki są powtarzane codziennie aż do ustąpienia wszystkich klinicznych objawów błonicy. Autor doszedł nawet do jednorazowej dawki wynoszącej 180 tys. j. a. Zastrzyków stosował od 1 — 9 przeciętnie 4 — 5.

Podaliśmy umyślnie szereg przykładów dla wykazania, że każdy

kieruje się własnym doświadczeniem. Szereg autorów powtarza co pewien czas badania bakteriologiczne wydzieliny gardzieli i w razie stwierdzenia bakterii stosuje w dalszym ciągu seroterapię.

Surowica będąc *białkiem obcym* dla ustroju powoduje reakcję w postaci t. zw. choroby posurowiczej. Reakcja ta jest tym silniejsza, im większą ilość białka wprowadzono do ustroju. Wobec tego, że w ciężkich przypadkach stosuje się jaknajwięcej surowicy, przeto dla zmniejszenia niebezpieczeństwa anafilaksji zaczęto wyrabiać specjalne bardzo *stężone* surowice przeciwbłonicze, ażeby módz w jak najmniejszej objętości podać maximum j. a. i w ten sposób *uniknąć* nadmiernych ilości białka. Zwykła surowica ustawowa zawiera 250 — 300 — 400 j. a., najwyżej 500 j. a. zaś oczyszczona i stężona surowica mało białkowa zawiera w 1 ccm 1000 — 2000 — 3000 — 4000 j. a. PZH wyrabia nawet surowicę zawierająca 5 i 10 tys. j. a. w 1 ccm. Oprócz surowicy błoniczej końskiej wyrabia się obecnie surowicę błoniczą wołową i baranią, które są używane w razie specjalnej nadwrażl'wości chorego na białko końskie. Te surowice stężone mają więc małą objętość, zawierają więcej przeciwciał, *mniej białka* i karbolu. Mają one jednak i *strony ujemne*. Mianowicie nie zawierają wcale związków przeciwzakaźnych, znajdujących się w naturalnych niezmienionych surowicach uodparniających, zwalczających bezpośrednio zakażenie jako takie, niezależnie od sprawy zobojętnienia jadu. Z tego względu opierając sie na doświadczeniach klinicznych *wszyscy autorzy* stosują *zwykłą* surowicę zawierającą 250 — 300 — 400 — 500— j. a. Jeżeli jednak podaje się te bogate zagęszczone surowice to ilość ccm obliczona jest zależnie od jednostek. Np. ogólnie przyjęło się obecnie że najmniejsza dawka surowicy wynosi jednorazowo 10 tys. j. a. a więc stosując surowicę zawierającą w 1 ccm 1000 j. a. podaje się 10 ccm a 2000 — 5 ccm. Oxenin stosuje tylko surowicę zagęszczoną w ilości 15 tys. j. a. 15 ccm dziennie i powtarza tę dawkę przez szereg dni.

Jak działa surowica przeciwbłonicza? Na to pytanie nie ma jeszcze jednolitej odpowiedzi. *Według jednych* surowica zawiera ciała odpornościowe, które walczą z drobnoustrojami i jadami, podczas gdy sam ustrój nie bierze udziału w tej walce. Na tej teorii opiera się podawanie surowic. *Według innych* surowica czcza i przeciwbłonicza jest białkiem obcogatunkowym i działa jak nieswoista terapia bodźcowa podnosząca sprawność ustroju. Ci autorzy dowodzą, że lecznicze działanie surowicy przeciwbłoniczej nie pochodzi wcale od nagromadzonych w niej ciał odpornościowych, ale że jest związane z nią jako z białkiem obcogatunkowym. Doświadczenia wykazały, że odsetek śmiertelności leczonych surowicą czczą i odsetek śmiertelności leczonych surowicą swoistą jest co do dnia choroby w którym stosowano surowicę bardzo podobny. Te obserwacje zostały jeszcze potwierdzone następującemi faktami: a) do wyleczenia błonicy bardzo często dochodzi bez powstawania w ustroju przeciwjadu,

b) obecność przeciwjadu we krwi danego osobnika nie zawsze zabezpiecza od zapadnięcia na tę chorobę. Jednym z potężnych argumentów na korzyść tej teorii są doświadczenia ze surowicą zwykłą i zagęszczoną. Ta ostatnia zawierająca mało białka o wiele słabiej działa niż surowica ustawowa. Wydaje się, że teoria surowicy jako nieswoistej terapii bodźcowej zyskuje coraz więcej zwolenników.

Wyniki stosowania surowicy. Porównując olbrzymią śmiertelność przed erą surowiczą z nadzwyczajnymi wynikami otrzymanymi przy zastosowaniu surowicy w błonicy (Landouzy, Sergent, Bayeux) można śmiało powiedzieć, że odkrywcy stosowania surowicy Behring i Roux dobrze się zasłużyli ludzkości. Istotnie statystyki wykazują, że śmiertelność, która dawniej wynosiła 80% spadła do 15%. Te optymistyczne statystyki pochodzą jednak z okresów początkowych stosowania surowicy. Od kilkunastu lat stwierdza się coraz więcej *przypadków*, gdzie surowica wcale nie działa i gdzie mimo jej stosowania występują porażenia lub ogólne zatrucie ustroju. Czasami są to przypadki rzekomej oporności. Cassaute np. próbował w tych opornych przypadkach zwiększyć dawki surowicy. Udało mu się uratować chorego wstrzykując 200 ccm dziennie dożylnie i domięśniowo i powtarzając tę dawkę przez następne 5 dni. Są to jednak przypadki wyjątkowe, gdyż nawet bardzo duże dawki często zawodzą.

Czemu przypisać te *niepowodzenia?* Naogół mało się wie jakie są przyczyny tych niepowodzeń: Szybkie powstanie i rozlanie się toksyny w ustroju, ilość jadu, późne rozpoznanie i późne zastosowanie surowicy, wielka jadowitość zarazków, liczne szczepy zarazków dla których dana surowica nie nadaje się, obecność innych zarazków, (paciorkowców, beztlenowców), specjalna wrażliwość ustroju wrodzona czy nabyta, genius epidemicus który to słabnie, to wzmacnia, się, a który obecnie ma przechodzić okres nasilenia. Wydaje się że *własności chorobotwórcze* drobnoustrojów ostatnio znacznie wzrosły. Jedno jest pewne, od pewnego czasu błonica staje się coraz częstsza, a szczególnie częste są przypadki *błonicy złośliwej*. gdzie stan ogólny jest bardzo ciężki od samego początku.

(dalszy ciąg nastąpi).

Dr. N. POZNAŃSKI

ZAPALENIE STAWU NADGARSTKOWEGO W PRZEBIEGU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO.

Chory I. Sz., l. 69, od kilku miesięcy skarżył się na bóle napadowe, odczuwane za mostkiem, promieniujące w okolicę lewej łopatki. Bóle te mają charakter palenia i połączone są z uczuciem silnego lęku.

Napady bólów trwają od kilkunastu sekund do kilku minut, pojawiają się przeważnie po wysiłku i po jedzeniu, ostatnio stały się częstsze i występują również w nocy, budząc chorego ze snu. Po nitroglicerynie natężenie bólu znacznie słabło.

Od roku chory ma lekką duszność wysiłkową. Obiektywnie stwierdzono u chorego mierną rozedmą płuc, ciche tony serca, granice serca w normie, tętno miernie napięte i wypełnione, miarowe 76 na 1'. Aorta—wypukowo szer. 3 palców RR 155/80. Objawów zastoinowych brak. Badanie moczu zmian nie wykazało. Pod wpływem leczenia napady bólów stały się rzadsze; co 2 -- 3 dni (poprzednio kilka razy dziennie). Po 4-ro tygodniowym okresie poprawy wystąpił w nocy atak niezwykle gwałtownych bólów, promieniujących z okolicy serca do całej klatki piersiowej i nadbrzusza. Ból trwał kilka godzin i nie ustępował zupełnie po nitroglicerynie i azotynie amylowym.

Po złagodzeniu bólu chory był ogromnie wyczerpany i skarżył się na silną duszność, która przeszła w obrzęk płuc. Pod wpływem upustu krwi, wstrzykiwań dożylnych ¼ mg ouabainy i 0,015 morfiny podskórnie obrzęk płuc ustąpił, wysłuchiwało się jedynie dość liczne rzężenia w dolnych partiach płuc.

Następnego dnia chory niezmiernie osłabiony, w płucach stwierdzono objawy zastoinowe, tętno 100'; ciśnienie krwi 90/50 mm Hg. Na trzeci dzień wystąpiła temper. 37,7°, która utrzymywała się przez 3 doby. W ciągu tego czasu stan chorego nieznacznie się poprawił: ciśnienie wzrosło do 112/70 mm, objawy zastoju w płucach zwolna ustępowały. Badanie moczu nie wykazało odchyleń od normy. Opadanie krwinek dało wynik 35 min. (met. Linzenmeyera). W 6 dniu choroby, chory zaczął się skarżyć na silne bóle w okolicy lewego stawu nadgarstkowego, promieniujące do dłoni. Wkrótce wystąpił obrzęk i zaczerwienienie okolicy nadgarstka. Temperatura od 2 dni normalna, podniosła się do 38°. Inne stawy nie wykazały żadnych zmian zapalnych. Ze strony układu krążenia dało się stwierdzić tylko przyśpieszenie tętna do 90' (odpowiednio do temperatury). Gardziel, migdałki — prawidłowe.

Zastosowano leczenie miejscowe (okłady i unieruchomienie) i po upływie 3 dni zapalenie stawu ustąpiło.

Drugą komplikacją, wikłającą przebieg choroby był krwiomocz (badanie osadu: 20 — 30 erytr. w p. w.), który stwierdzono po lekkim bólu w okolicy prawej lędźwi.

Ciśnienie krwi wahało się w granicach 100/55 — 115/60 mm Hg., tętno 76 — 84', tony serca b. głuche, szmer tarcia nie wystąpił. Od czasu do czasu chory odczuwał kłócie w okolicy serca.

Na 15-ty dzień od ataku podczas próby uniesienia się na łóżku wystąpił ostry ból w okol. zamostkowej i zapaść, podczas której chory zmarł.

W danym wypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie z zakrzepem tętnicy wieńcowej i w konsekwencji tego z zawałem mięśnia sercowego. Za rozpoznaniem tym przemawiała anamneza dławicowa, gwałtowny atak bólów o znacznie silniejszym niż zwykle natężeniu i rozleglejszym promieniowaniu, spadek ciśnienia krwi, podwyższona ciepłota i przyspieszone opadanie krwinek. Obrzęk płuc mógł być albo zjawiskiem odruchowym, lub też wyrazem ostrej niedomogi lewej komory. W naszym przypadku obrzęk wystąpił już po zniknięciu bólów, co przemawia raczej za drugim przypuszczeniem.

Brak innych klasycznych objawów, jak tarcie osierdziowe i cukromocz nie jest istotny, gdyż występują one naogół dość rzadko.

Krwiomocz i ból w okolicy nerki były najprawdopodobniej objawem zawału nerki, wywołanego zaczopowaniem gałązki tętnicy nerkowej. przez oderwaną skrzeplinę, jaka wytworzyła się przyściennie na wsierdziu, w miejscu, odpowiadającym uszkodzonemu odcinkowi mięśnia sercowego.

Jedynym objawem, nie mieszczącym się w ramach zespołu objawów opisanych w symptomatologii zawału mięśnia sercowego, było ostre zapalenie stawu nadgarstkowego, które po 3 dniach samoistnie ustąpiło. W naszym przypadku nie było zupełnie danych do przypuszczenia istnienia tła infekcyjnego (ostry gościec, rzeżączka, kiła, sepsis etc.). Nie wchodził również w rachubę ostry atak dny. Przeciwko temu przemawiała nietypowa lokalizacja, poza tym asteniczna konstytucja i anamneza wg. której chory nigdy nie miał wyraźniejszych dolegliwości stawowych.

Musiał zatem istnieć ściślejszy związek między zasadniczą sprawą t. j. zakrzepem tętnicy wieńcowej a zajęciem stawu.

U osobnika, cierpiącego od kilku miesięcy na dławicę piersiową mógł w ciągu tego czasu wystąpić zawał sierdzia, który pozornie nie różnił się od zwykłego anginoidalnego ataku.

Jednak produkty rozpadu białka, (polipeptydy) wsysające się z ogniska martwicy wytworzyły w ustroju stan uczulenia na te substancje i kiedy następny zakrzep tętnicy wieńcowej spowodował znów powstanie ogniska myomalatycznego, będącego źródłem nowych autoallergenów, uczulony już organizm zareagował odczynem anafilaktycznym w postaci przelotnego zapalenia stawu. Musimy zaznaczyć, że podobna interpretacja opisanego objawu jest tylko hipotezą, zwłaszcza, że w dostępnym nam piśmiennictwie nie udało się znaleźć ani opisu podobnego przypadku, ani też jakichkolwiek danych o alergicznych objawach w przebiegu zawału mięśnia sercowego.

Dr. Med. N. CUKIER-SAJETOWA (Warszawa).

OBJAWY PRYSZCZYCY U DZIECI.

Pryszczyca. (Ogólne uwagi).

Pryszczyca jest chorobą zakaźną zwierząt, oddawna znaną u nas jako choroba racic i pyska. Nazwę tę otrzymała prawdopodobnie od pryszczy, które w drugim okresie zachorowania występują na racicach i w jamie gębowej zwierzęcia: na dziąsłach i języku.

Otoczeniu pryszczyca udziela się przez drobnoustrój chorobowy w nauce jak dotąd jeszcze mało znany (nad jego badaniem pracują laboratoria europejskie i amerykańskie). Drobnoustrój pryszczycy zaraża nietylko bydło, nierogaciznę, zwierzęta domowe (koń, pies, kot, szczur), zwierzęta w stanie dzikim żyjące, ptactwo, owady, ale nawet i człowieka.

W Polsce pryszczyca pamiętną jest jeszcze z roku 1922, kiedy to atakowała liczne zagrody wiejskie, ale przebieg jej był łagodny. W roku 1926 zatacza koła szersze, dochodząc do kulminacyjnego punktu, lecz dzięki usilnym zabiegom służby zdrowia i staraniom lekarzy weterynarii w roku 1933 wygasa zupełnie, pozostawiając po sobie jedynie zapiski w literaturze rolniczej, o zachorowaniu zaś człowieka na tę chorobę nigdzie wzmianki nie znajdujemy. W roku ubiegłym pryszczyca znowu pojawia się u nas. Przedostaje się ona z Niemiec, gdzie grasuje w dość ostrej formie. W miesiącu grudniu dowiadujemy się z gazet o pierwszych zachorowaniach w pojedyńczych zagrodach powiatu kempnowskiego, województwa poznańskiego i, mimo ostrych przepisów policyjno-sanitarnych i energicznych wysiłków służby weterynaryjnej, szerzy się szybko, zarażając bydło rogate na obszarze całej Rzeczypospolitej.

Pryszczyca może mieć przebieg łagodny lub ostry (złośliwy). W pierwszym wypadku objawy chorobowe występują bez komplikacji, a tworzące się pęcherzyki na racicach i w jamie gębowej zwierzęcia są znacznie mniejsze od zwykłych i goją się też znacznie szybciej od pierwszych. W drugim wypadku spostrzegamy: ogólne posmutnienie zwierzęcia, podniesienie się ciepłoty wewnętrznej do 40° — 41°C., obfity ślinotok, choć pęcherzyków jeszcze nie widać, brak apetytu, zupełne nieprzyjmowanie paszy, objawy wzmożonego łaknienia przy jednoczesnej niemożności połykania. Po dwóch — trzech dniach, najdalej do tygodnia, występują zmiany na sutkach, w szczelinie międzyracicowej oraz na błonach śluzowych pyska zwierzęcia: języku i dziąsłach, zmiany w postaci zapalenia, któremu jednocześnie towarzyszy tworzenie się pęcherzyków różnej wielkości i kształtu, pęcherzvków z początku przezroczystych, później mętniejących.

Cały okres chorobowy u zwierząt może trwać od dwóch do trzech tygodni. W końcu choroby pęcherzyki pękają, wydziela się z nich żółta

ciecz, która miesza się ze śliną i która w następstwie staje się źródłem zakażenia samego zwierzęcia jak i jego otoczenia. W jamie gębowej pozostają jedynie ranki, które goją się szybko. Proces w jamie gębowej może trwać od dwóch — trzech dni do tygodnia. Pęcherzyki na sutkach wymienia również poprzedza bolesne zaczerwienienie skóry, a ranki pęcherzyków, często ulegając zanieczyszczeniu, powodują stany ropne na sutkach, często też dochodzi do stanu zapalnego wymienia, które znowu z kolei doprowadza do zakażenia mleka, zmniejszenia się wydajności, nawet zupełnego jego zaniku. A więc mleko zwierząt chorych na pryszczycę zawiera zarazki chorobotwórcze, a zatem nie nadaje się do spożywania dla ludzi, ani ich dzieci ze względu na możność zarażenia się. Dalej mleko chorych krów zmienia swoją pierwotną śnieżno-białą barwę na kolor żółty; z początku konsystencja jego jest gęsta, później mleko staje się wodniste i niesmaczne w spożywaniu. (Możliwe, że stąd pochodziły wymioty i biegunki u dzieci zakażonych pryszczycą, które miałam możność obserwowania w lecie).

Jakkolwiek zarazek pryszczycy nie jest dokładnie zbadany, wiemy już, że jest on bardzo złośliwy i tak mały, że nawet pod największym powiększeniem nie można go dojrzeć. Przedostawszy się do organizmu zwierzęcia zakaża go i już w pierwszym tygodniu choroby przenika do krwi, mleka i surowicy pęcherzyków, występujących w jamie gębowej, a gdy te ostatnie pękają, wydostaje się na zewnątrz pęcherzyka wraz z jego otoczką, miesza się ze śliną i w ten sposób zakaża w pierwszym rzędzie samo zwierzę, następnie otoczenie i wszystko, co na drodze napotyka.

Żywotność zarazka zależną jest od warunków w jakich ten ostatni bytuje. Najdłużej zarazek żyje i nawet rozwija się w temperaturze niskiej, najkrócej w cieple, tak na przykład w zimie zarazek może żyć do dwóch miesięcy, na jesieni tylko jeden miesiąc, a latem najwyżej do trzech dni. Granicą wytrzymałości zarazka jest ciepłota od 50° do 60° C., a ciepłota wrzącej wody do 100°C. zabija go momentalnie. (Stąd prawdopodobnie mniemanie niektórych lekarzy, że mleko przegotowane od krów, dotkniętych pryszczycą nie jest szkodliwe i może być spożywane przez ludzi). Zuberbier jednak twierdzi, że takiego mleka zakażonego nie wolno podawać do spożycia ludziom, albowiem nawet mleko wyjałowione nie jest wolne od zarazków. Zresztą nosicielem drobnoustrojów pryszczycy może być nie tylko mleko, również zwierzę domowe, jak koń, pies, kot; także ptactwo domowe, owady, najniebezpieczniejszą w tym wypadku może się okazać mucha; również i mięso od zakażonego zwierzęcia może pozostawić przez dłuższy czas zarazki chorobotwórcze na rękach osoby, która je przyniosła; w końcu przenosicielem zarazka może stać się sam człowiek, stykający się z chorym zwierzęciem, a nie przestrzegający należycie przepisów policyjno-sanitarnych, tym bardziej, że zarazek pryszczycy, jak zobaczymy niżej, jest bardzo żywotny i może za-

każać nawet po miesiącu. Bytujący na obuwiu ludzi, nawet po dwóch i trzech miesiącach na mięsie, żyje od 20 do 45 dni; w kościach zwierząt do 80 dni, nawet na trupach gnijących zachowuje żywotność swoją przez kilkanaście dni. W wodzie o temperaturze pokojowej — półtora miesiąca.

Przebyta pryszczyca nie uodparnia organizmu zwierzęcia, na odwrót, to samo zwierzę, wśród tych samych objawów chorobowych, może zachorować parę razy z rzędu, co przemawiałoby za tym, że istnieje kilka odmian zarazków pryszczycy, a na każdą z tych organizm nabywa oddzielną odporność (Zuberbier).

Pryszczyca jest chorobą groźną w zwierzostanie nie dlatego, że obniża wartość hodowlaną i użytkową zwierzęcia, lecz z powodu zmian chorobowych, jakie powoduje ona w jego organiźmie: gruczole mlecznym, sercu i to już na całe życie. Dalej, w każdym wypadku zachorowania wywołuje ona długotrwałe schorzenia kończyn i ogólne wycieńczenie zwierzęcia. Tyle o pryszczycy u zwierząt.

Objawy pryszczycy u dzieci.

Z objawami pryszczycy u dzieci po raz pierwszy zetknęłam się w miesiącach lipcu i sierpniu r. b. O pryszczycy jeszcze wtedy niewiele wiedziałam. Dopiero gdy pracowałam w jednym z ośrodków chorób dziecięcych z ramienia Ubezpieczalni Społecznej na Targówku, miałam możność zapoznania się bliżej z objawami tej choroby, w licznych przypadkach u dzieci i dwóch tylko, u ich matek.

Pierwsze przypadki chorobowe, zgłaszające się do mnie na ambulans, przypominały mi raczej anginę gardła, błonicę i biegunki letnie, szczególnie te, gdzie temperatura nie przekraczała 37 z kreskami, a które po zastosowaniu odpowiednich specyfików lekarskich, powracały bez żadnych komplikacji do normy. Pęcherzyki na migdałkach traktowałam, jako nalot błoniczy, który odsyłałam do badania bakteriologicznego; odpowiedź jednak zawsze wypada negatywnie, wykrywano jedynie liczne paciorkowce i gronkowce w mniejszej ilości.

Pęcherzyki na błonach śluzowych dziąseł i języku — tłumaczyłam sobie jako szkorbut, stomata aphtosa, tym bardziej, że po zastosowaniu płukania z boraksu z gliceryną oraz wycierania chorych miejsc w jamie ustnej argentum nitricum 1% lub 2% (zależnie od wieku dziecka i nasilenia objawów chorobowych) wszystko goiło się bardzo ładnie.

Liczba przypadków chorobowych zaczęła się zastraszająco mnożyć. a objawy chorobowe przybierać na sile, u dzieci, oglądanych dziś na ambulansie z objawami łagodnymi, nazajutrz do powyższych przyłączyły się nowe w postaci przekrwienia śluzówek oczu, błon śluzowych jamy ustnej. obrzęku gruczołów podszczękowych, obfitego ślinotoku (jak u niemowląt, tak też i u dzieci starszych), obok tempera-

tury, która teraz podniosła się do 40°, nawet do 41° z kreskami, posmutnienia dziecka, niemożności połykania, choć wysypki jeszcze nie było, niechęci do jedzenia.

Do powyższych objawów chorobowych przyłączyły się również skargi na bóle głowy, bóle w rękach, a szczególnie w nogach (nie w stawach, lecz w mięśniach i kościach), wymioty i biegunka.

Najcharakterystyczniejszą jednak była wysypka, która występowała na 3 — 4 dzień po zachorowaniu, wysypka w postaci pęcherzyków z początku przezroczystych, następnie mętniejących, ich układ, kształt i umiejscowienie się (pęcherzyków).

Wysypka, która pod żadnym względem nie przypominała mi żadnej dotąd obserwowanej choroby zakaźnej (trzynaście lat pracuję w Ubezpieczalni Społecznej w charakterze lekarza pediatry i nie jedną epidemię ospy wietrznej, odry, błonicy i płonicy przeszłam z moimi dziećmi).

Zastanawiając się nad zagadnieniem całego zespołu objawów danej choroby, doszłam do wniosku, że mam do czynienia z nową jednostką chorobową, nigdzie, jak dotąd w literaturze lekarskiej ani w pediatrii ani w internie nie notowaną.

Ponieważ ostatnio wiele mówiono i pisano o pryszczycy u bydła, powzięłam podejrzenie, czy nie będą to objawy pryszczycy u dzieci, które żywiły się mlekiem chorych krów.

Podejrzenia moje w pierwszym rzędzie sprawdziłam przez obserwowanie chorych krów (specjalnie w tym celu zwiedziłam zapowietrzoną zagrodę).

Następnie na podstawie danych naukowych z literatury o chorobach zakaźnych u zwierząt, dotkniętych pryszczycą, gdy porównałam z objawami stwierdzonymi u moich pacjentów, badanych w ośrodku leczniczym, już nie miałam więcej wątpliwości, że były to objawy pryszczycy u dzieci.

Moje spostrzeżenia następnie potwierdzili liczni lekarze chorób dziecięcych, do których matki moich pacjentów zwracały się jako do ekspertów.

Teraz zachodzi pytanie, skąd i jakimi drogami przedostawał się zarazek pryszczycy do organizmu dziecięcego?

Naturalnie, że w pierwszym rzędzie drogą doustną, tak twierdzi Zuberbier u zwierząt, również i u dzieci zaraza mogła się szerzyć przez żywienie się mlekiem.

Twierdzenie, że dzieci nie mogą chorować na pryszczycę, ponieważ piją mleko gotowane, jest niesłuszne, gdyż: 1) nawet mleko wyjałowione nie jest wolne od zarazków, 2) mleko pod wpływem zarazków chorobotwórczych zmienia się samo w sobie (w kolorze, konsystencji i smaku) i że te zmiany już mogły powodować objawy chorobowe, jakie niejednokrotnie widziałam u dzieci w postaci wymiotów i biegunek obok zmian w jamie ustnej i 3) to samo mleko mogło być podawane w postaci zsia-

dłego (a więc nie przegotowanego), maślanki, śmietany i masła, gdzie zarazek pryszczycy nie tylko przez dłuższy czas może być, ale nawet rozwijać się i zarażać starszych.

Niejednokrotnie stwierdzałam zatrucie mlekiem, pochodzącym od dotkniętych pryszczycą krów: u niemowlęcia, matki i starszych dzieci przeważnie z następującymi objawami: przekrwienie błon śluzowych jamy ustnej, wysypka pęcherzyków stożkowatych pojedyńczych na migdałach, języku, pod językiem i dziąsłach.

Jeżeli chodzi o inne źródła zakażenia, nie będę się wiele nad nimi rozwodziła, gdyż mogą one być te same, co i u krów, o czym zresztą już raz wspominałam, a więc: zwierzęta domowe, ptactwo, owady, mięso zakażonych zwierząt i sam człowiek, stykający się z chorymi zwierzętami, a nie przestrzegający przepisów policyjno-sanitarnych.

Przebieg samej choroby u dzieci, jak u zwierząt, może być łagodny i złośliwy; może być również i postać pośrednia.

Z przypadków o objawach złośliwych opiszę, jako najcharakterystyczniejsze, dwa.

Pierwszy, chłopczyk lat dziesięciu.

Odwiedziłam go na czwarty dzień po zachorowaniu.

Uskarżał się na silny ból głowy, ból w rękach i nogach (mięśniach i kościach). Stwierdziłam u niego: temperatura 41° i dwie kreski, przekrwienie śluzówek ocznych i błon śluzowych jamy ustnej, obrzęk gruczołów podszczękowych, ślinotok. Tętno dobrze wypełnione i napięte, 148.

Granice serca — normalne, tony serca — czyste, w płucach — nic; wątroba — trzy palce z pod łuku, bolesna; śledziona — macalna, bolesna; stolce — prawie normalne; moczu miał nie oddać w ciągu 16 godzin.

Wysypka na migdałach: pęcherzyki okrągłe w skupieniach; na języku i dziąsłach — pęcherzyki okrągłe pojedyńcze.

Na górnej powierzchni dłoni prawej ręki nieliczne skupienia pęcherzyków okrągłych po 3 i 5 w każdym (matka chorego opowiedziała mi, że chłopiec przedostał się do zakażonych krów, które pasły się za domem i dotykał ich rękami).

Analiza nalotu z gardła na błonicę dała wynik ujemny.

Analiza moczu wykazała: odczyn słabokwaśny, znaczny ślad białka, nieliczne krwinki wyługowane w każdym polu widzenia.

Od 2 do 3 wałeczków szklistych w preparacie.

Innych badań nie przeprowadzałam.

Po dwuch dniach chłopiec czuł się znacznie lepiej (o leczeniu w końcu) więcej chłopca tego nie widziałam, ani żadnych wiadomości o nim nie miałam. Przypuszczam, że po kilku dniach zupełnie wrócił do zdrowia.

Drugi przypadek choroby dotyczy dziewczynki, która piła mleko od krowy dotkniętej pryszczycą, bezpośrednio przy dojeniu.

Stan dziecka był b. ciężki, dziewczynka lat 11, na wpół przytomna. Jęczała i drżała, przy najmniejszym dotknięciu.

Ręką wskazywała na głowę i pierś. Badaniem stwierdziłam: sztywność i wybitne napięcie mięśni, jak przy tężcu. Nie udało mi się jej ani nachylić, ani posadzić, badałem ją w pozycji leżącej, obracając nią, jak prętem żelaznym.

Ciepłota 40° i 6. Gruczoły podszczękowe — obrzęknięte, śluzówki oczu i błony śluzowe jamy ustnej — przekrwione. Ślinotok obok wymiotów. Tętno miękkie, miarowe, dobrze wypełnione i napięte, 180. Granice serca — normalne. Nad koniuszkiem serca — słaby szmer skurczowy; pozostałe tony — czyste. W płucach — nic. Wątroba — cała dłoń z pod łuku, bolesna. Śledziona — 1 — 2 palce z pod łuku, bolesna. Stolce wolne. Moczu miała nie oddać od 36 godzin. Odruchy: źrenicowe, gałki ocznej i gardłowy — zniesione; kolanowy i ścięgnisty — nadwrażliwy. Wysypka: na migdałach, języku, dziąsłach — pęcherzyki okrągłe, pojedyncze. Dookoła ust i nosa — liczne skupienia pęcherzyków okrągłych po 3 i 5 w każdym skupieniu.

Analiza nalotu gardła na odczyn błonicy dała wynik ujemny, wykazała również jak i uprzednio, liczne paciorkowce i gronkowce.

Badanie moczu: odczyn wybitnie kwaśny, wyraźny ślad białka, od 5 — 10 leukocytów w polu widzenia, od 4 — 12 krwinek w polu widzenia. Śluz, nabłonki i moczany bezpostaciowe. Diazo — ujemny.

2 razy odwiedzałam ją w domu. Za drugim razem czuła się znacznie lepiej, a po 8 — 9 dniach przyszła do mnie na ambulans blada, wycieńczona, uskarżała się jeszcze na ból głowy, bóle w przedramionach i nogach, ale bez temperatury, stolce były normalne, wymioty ustąpiły, wysypka — znikła. Wątroba jeszcze była nieznacznie powiększona, bolesna. Śledziona — macalna, lekko bolesna. Od tego czasu dziewczynki więcej nie widziałam.

Innych poszczególnych wypadków o przebiegu złośliwym nie będę opisywała: było ich zbyt dużo i były do siebie b. podobne.

Czy złośliwa postać powtarzała się u dzieci i czy pozostawiała po sobie jakie komplikacje — nie wiem tego (po powrocie do zdrowia, jak o tym wyżej mówiłam, dzieci więcej nie przychodziły do mnie). Nie mogę też powiedzieć, jak przedstawiał się obraz krwi u tych dzieci. Nie wiem również nic o odporności.

O przejściowej formie, gdy przypadek o łagodnym przebiegu przechodził po kilku dniach w stan ciężki, wspominałam już wyżej.

Wysypka u dzieci przebiegała w 2-ch postaciach: I-sza — w postaci pęcherzyków stożkowatych pojedyńczych, które zawsze atakowały wyłącznie jamę ustną i pęcherzyków okrągłych, które obok pojedyńczych, występowały jeszcze i w skupieniach.

Pojedyńcze okrągłe występowały zawsze na tułowiu, karku, przed-

ramionach, udach i na głowie, tworząc niby czapkę z perełek (takich wypadków widziałam kilka, jeden z nich u chłopca 2 — 3 letn.

Okrągłe w skupieniach występowały często na migdałach, twarzy, dokoła ust i nosa (po 3 i 5 w każdym).

Wielkość jednego pęcherzyka nie przekraczała wielkości leukocyta pod dużym powiększeniem.

Jeszcze kilka słów o leczeniu: W przypadkach z objawami anginy gardła i błonicy — stosowałam natrium salicylicum do wewnątrz, w przypadkach ciężkich — dodawałam środki nasercowe, przy uporczywych temper. (a miałam takich przypadków kilkanaście) znakomicie pomagała septazyna.

Miejscowo: płukanie jamy ustnej i gardła — boraksem z gliceryną, dalej wycieranie chorych miejsc arg. nitric. 1% i 2% plus gliceryna.

Przy biegunkach i wymiotach u niemowląt (nasamprzód zamieniałam mleko zakażone na zdrowe i białkowe. Obok kilkugodzinnego przegłodzenia stosowałam następnie kleje ryżowe, malton, lakton i plazmon, również z leków calc. lacticum. W ciężkich wypadkach — zastrzyki cukru. W lżejszych — galaretki owocowe, banany, tarte jabłka (przyznam się, te ostatnie zawsze zawodziły).

U starszych dzieci — obok powyższych leków jeszcze — salol, tanalbinę, bismut; przy krwawych biegunkach — jedno lub dwurazowo jedną tylko łyżeczkę ol. ricini. Zewnętrznie: ol. oliw., spirytus salicylowy, sol. ichtioli 2 lub 3%.

Na zakończenie mogę z zadowoleniem zaznaczyć, że z całej tej liczby dzieci z objawami pryszczycy ani jedno nie umarło.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

H. JANET. *Leczenie wymiotów okresowych z acetonemią.* (Le formulaire. Wrzesień, 1938 r.).

Wymioty okresowe występują u dzieci w wieku od 2 — 6 lat nagle wśród zupełnego zdrowia. Czasami napad jest poprzedzany brakiem łaknienia, wydechem acetonowym i przemęczeniem. Wymiotom, które powtarzają się podczas napadu kilkanaście razy dziennie, towarzyszą oddech o zapachu acetonowym oraz obecność acetonu we krwi i w moczu. Poza tym zawartość cukru i zasobu zasad we krwi jest obniżona. W okresach międzynapadowych dziecko jest zupełnie zdrowe. czasami stwierdza się jednak u niego nadwrażliwość nerwową i zaburzenia czynności wątroby. Wymioty ustępują zupełnie w okresie pokwitania.

Leczenie napadu: polega na podaniu wody, cukru i sody, w celu zwalczenia acetonemii, hypoglykemii i odwodnienia.

Praktycznie podajemy do zimnej szklanki wody Vichy 5 kawałków cukru i łyżeczkę sody. Zawartość szklanki dziecko wypije łyżeczkami co 15 minut. Można też zastosować kroplówkę z tych samych leków. Czasami uciekamy się do wstrzykiwań podskórnych i dożylnych. Poza tym podajemy adrenalinę, kamforę, kofeinę. Niektórzy stosują mimo hypoglykemii insulinę w ilości 5 — 10 jedn. 2 razy dziennie. Wraz z insuliną podaje się kilka kawałków cukru w płynie. Leczenie międzynapadowe: polega na podaniu 1 — 2 gr. sody, płynu Bourget'a, nalewki z boldo i wody Vichy. Leczenie to powinno być stosowane przez dłuższy czas. Przed napadem dawki dwuwęglanu sodu są 3 — 4 krotnie powiększone. Ważną rzeczą jest dieta. Zabronimy zbyt dużych ilości tłuszczu, mięsa, konserw i wędlin, mleka i jaj w dużych ilościach. Nie należy jednak karmić dziecka wyłącznie dietą jarzynowo-węglowodanową. Dziecko powinno zawsze dostać pewną (mało) ilość białka.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

TH. v. UEXKUELL. (Z I. Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego Neukölln w Berlin-Buckow. Dyrektor dla spraw lekarskich: prof. E. W. Baader). *Wyleczenie witaminą B_1 uporczywego obustronnego bólu stawów barkowych w przypadku struma basedowificata.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1938, Nr. 14, str. 497).

U 64-letniej pacjentki wystąpiły w związku ze struma basedowificata uporczywe obustronne bóle stawów barkowych, oporne wobec wszelkich prób leczenia. Zdecydowana poprawa wystąpiła dopiero wtedy, gdy zrezygnowano z wszelkich dotychczasowych sposobów leczenia i przystąpiono do wyłącznego stosowania Betabionu „forte" (początkowo codziennie, później co 2 dzień, po 1 ampułce dożylnie). Po ogółem 18 wstrzyknięciach ustąpiły bóle i poprawiła się ruchomość stawów barkowych. Ten niewątpliwy wynik leczniczy Betabionu przypisuje autor nie tylko uzupełnieniu braku witamin, spowodowanym dietą przeważnie węglowodanową i nadczynnością tarczycy, lecz także niespecyficznemu działaniu leczniczemu Betabionu.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

M. BORDIER. *Leczenie przerostu gruczołu krokowego.* (Gazette medicale de France, 15 paźdz. 1938).

Autor podaje następujący schemat leczenia:

U prostatyków w okresie początkowym, kiedy jeszcze nie ma zatrzymania moczu, stosuje się klasyczne leczenie wewnętrzne — nasiadówki, gorące lawatywy z antipiryną, czopki uspokajające i t. d. Chorego w tym okresie nie należy straszyć operacją. Takie same leczenie stosujemy w wypadkach zatrzymania moczu nieznacznego stopnia. Jeżeli zaś zatrzymanie moczu dochodzi do tego stopnia, że pomimo stałego cewnikowania wciąż wytwarzają się coraz większe pozostałości — należy zalecać albo prostatectomię, albo — w obawie chorego przed interwencją chirurgiczną — zabieg zwany „étincelage". Jeżeli pomimo tego ostatniego zabiegu musimy w dalszym ciągu przez 5 — 6 tygodni cewnikować — wtedy zabieg chirurgiczny jest bezwzględnie wskazany. W trzecim okresie pęcherz jest całkowicie wypełniony, rozciągnięty i uwypuklony, albo występują powikłania. W wypadku pęcherza całkowicie wypełnionego, gdzie chory od kilku tygodni oddaje mocz jedynie na skutek siły wewnętrznego parcia — nie wolno cewnikować primo z obawy przed infekcją, a secundo — nagłe opróżnienie pęcherza wywołuje obfity krwiomocz. W tym okresie zmuszeni jesteśmy do stosowania cystostomii jako fazy poprzedzającej prostatectomię. W wypadku natomiast, gdy chory nie może być operowany, zakładamy sondę na stałe z wolnym wyciekiem, utrzymaną aseptycznie. Najczęstszym powikłaniem jest ostre zatrzymanie moczu. Robimy wtedy codziennie cewnikowanie, aż retencja i pozostałość zupełnie ustępują. Jeżeli po 5 — 6 tygodniach pozostałość się utrzymuje — operować. To samo robimy w retencji przewlekłej nie pełnej. W ostrym zapaleniu pęcherza stosuje się sondę stałą, która pozwala na polepszenie stanu pęcherza, przy czym robimy przepłukiwania i wstrzykiwania azotonu srebra. W zapaleniu jąder — klasyczne leczenie. W recydywie — podwiązanie ductus deferens. W hematurii pochodzenia gruczołowego — stała sonda. Jeżeli krwiomocz trwa nadal i skrzepy zapychają sondę — cystostomia. W przypadku rzadkim krwawienia z prostaty — odrazu prostatectomia. W infekcji dróg moczowych — sonda stała, a jeżeli to nie pomaga — prostatectomia. W kamicy pęcherza — sectio alta, która będzie pierwszą fazą do prostatectomii, dlatego kamica ma tendencję do recydywy w wypadku zachowania prostaty.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

ERNST FREISSECKER. *Pełny gruczoł czy chemicznie czysty hormon?* (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 25, str. 679 — 683, 24 czerwca, 1938 r.)

Obok preparatów hormonalnych autor stosuje także wyciągi z całe-

go jajnika. W niniejszej pracy podaje spostrzeżenia dotyczące Sistomensiny; stosuje się w nadmiernych krwawieniach okresu pokwitania i przekwitania, w krwawieniach pochodzenia hormonalnego oraz wywołanych mięśniakami, przerostem śluzówki macicy i sprawami zapalnymi, w bolesnym miesiączkowaniu i obrzęku sutków pochodzenia hormonalnego.

W nadmiernych krwawieniach okresu pokwitania i przekwitania Sistomensina daje dobre wyniki pod warunkiem okresowego stosowania w ciągu wielu miesięcy — najmniejsza dawka dzienna wynosi 8 — 10 drażetek. Doustne działanie Sistomensiny nie ustępuje zupełnie wstrzykiwaniom. W krwawieniach wywołanych obecnością mięśniaków okresowe podawanie Sistomensiny daje dobre rezultaty — także krwawienia wywołane schorzeniami zapalnymi reagują dobrze.

Przy obrzęku sutków u młodych dziewcząt i w okresie przekwitania Sistomensina okazała się cennym środkiem; w przypadkach tych należy stosować duże dawki (80 drażetek tygodniowo) — gorzej natomiast działa przy bolesnym obrzęku przed pokwitaniem i w okresie przedmiesiączkowym.

W bolesnym miesiączkowaniu wyniki były mniej zachęcające, zresztą nielepsze miał po stosowaniu czystego hormonu ciałka żółtego.

W zakończeniu swej pracy autor podkreśla, że doustne podawanie Sistomensiny niewiele ustępuje w działaniu wstrzykiwaniom.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

LOUIS ROY. *Leczenie schorzeń wątroby podsiarczynem sodu.* (Nutrition. Wrzesień 1938 r.).

Opierając się na pracach Loeper'a, który wykazał, że wątroba zatrzymuje siarkę i ma własności antytoksyczne, zaczęto stosować podsiarczyn sodu w niedomodze wątroby pooperacyjnej (Gosset i Bruel) i w żółtaczce infekcyjnej (Martinet) i w przewlekłym nieżycie trzustki (Gutmann). Jedyną i najlepszą drogą do wprowadzenia tego leku jest wstrzykiwanie dożylne. Używa się roztwór 10 — 20%, sterylizowany 2 — 3 razy przy 105°C. Nie należy przekraczać tej temperatury, gdyż przy 110°C, roztwór

się rozkłada. Podaje się od 5 — 15 cm^3 dziennie. U chorego, który dobrze trawi, stosowanie doustne daje b. dobrze wyniki. Per os podaje się proszki od 1 — 10 gr. dziennie. U dzieci dawki wahają się od 0,5 — 2 gr. W schorzeniach wątroby stosuje się też podsiarczyn sodu doreklalnie, 2 razy dziennie w lawatywie, zawierającej na 20 cm^3 1 gr. podsiarczynu. U dziecka można zastosować kroplówkę z 200 cm^3, zawierającej od 0,25 do 1 gr. podsiarczynu sodu stosownie do wieku, także w lawatywie ze 100 cm^3 ciepłej wody, w której rozpuszczamy do 1 gr. podsiarczynu. Najlepsze wyniki otrzymano w żółtaczce infekcyjnej.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

J. W. WIRTZ. (Z Kliniki Oberlin, Nowawes. Lekarz naczelny: dr. von Gavel). *Doświadczenia kliniczne doustnego, śródmięśniowego i dolędźwiowego stosowania witaminy B_1 i C w schorzeniach nerwowych, zwłaszcza w porażeniu wiotkim.* (Medizinische Klinik 1938, Nr. 14).

Autor donosi o korzystnym wyniku łącznego stosowania witamin B_1 i C w 3 przypadkach postępowego zaniku mięśni, wśród których jeden z przypadków był bardzo ciężki. Przez dłuższy czas stosowano codziennie na przemian 10 mg witaminy B_1 i 50 mg witaminy C dożylnie, uzyskując wzrost siły dynamicznej mięśni bez wzmocnienia czynności mięśni. W 10 przypadkach porażenia po poliomyelitis anterior (Heine-Medina) uzyskano wyraźną, często niespodziewaną, poprawę przez stosowanie pozajelitowe witamin B_1 i C, w ciężkich przypadkach przez stosowanie dolędźwiowe witaminy B_1 w dwu opornych wobec leczenia przypadkach porażenia poprzecznego po złamaniu kręgosłupa. Z preparatów witaminowych stosowano m. in. Betabion Mercka i Cebion Mercka.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

E. LEICHSENRING. *Leczenie choroby Ménier'a pilocarpiną.* (Medizinische Klinik Nr. 41, 1938).

Leczenie polega na wywołaniu u pacjenta silnych potów w ciągu kilku kolejnych dni. Chory na kilka godzin przed zabiegiem nie powinien dużo jeść. Na początku dostaje ½ — ¾ litra herbaty z kwiatu lipowego, następnie owija się go w prześcieradło kąpielowe od stóp do głowy, tak że tylko oczy, nos i usta pozostają widoczne. Później otula się go w koce i przykrywa kołdrą. Zależnie od wieku i stanu fizycznego zastrzykuje się 0,01 — 0,02 pilocarpiny. Mniej więcej po 10 minutach występuje pocenie się. Pacjent pozostaje otulony koło 2 godzin, następnie należy go natrzeć spirytusem i przenieść do suchego łóżka. Autor zwiększa dawkę pilocarpiny przy następnych zabiegach, zależnie od efektu. Chodzi o to, by

chory pocił się bardzo silnie „aż do granic wytrzymałości". Podczas pocenia się musi być zapewniona choremu dobra opieka, w szczególności należy mu wciąż wycierać ślinę, obficie spływającą z ust. Autor nazywa wprawdzie tę kurację końską, poleca ją jednak i twierdzi, że jest tak skuteczna, jak kalium jodatum przy kile trzeciorzędnej.

Dr .Z. Mackiewicz.

———:o:———

W. HENKEL. *O leczeniu słabych bólów i poronień przy pomocy preparatu Chinin-Calcium.* (Zentral f. Gynäkologie Nr. 34, 1936 r.).

Działanie chininy na bóle porodowe jest znane oddawna i stąd chinina ma duże zastosowanie w położnictwie. Natomiast działanie wapnia na macicę nie jest dotychczas dokładnie znane, ma uczulać — jak wykazują badania doświadczalne i kliniczne — działanie środków bólowych, to też kombinacja wapnia z chininą daje znacznie lepszy efekt, niż stosowanie samej chininy. (Stahnke, Zelberschwecht, Antoine).

Winkler i Vetter wypróbowali preparat „Chinin-Calcium-Sandoz" na większym materiale i według nich przy pierwotnie słabych bólach w okresie rozerwania się ujścia, preparat ten daje znacznie lepsze wyniki, niż inne, stosowane środki bólowe.

Autor stosował ten preparat w ciągu roku, doświadczenie jego opiera się na 100 przyp. i dotyczy leczenia poronienia i słabych bólów porodowych.

W poronieniach między IV a VI miesiącem ciąży (abortus incipiens et incompletus). Chinin-calcium okazuje prawie stałe działanie — 12 na 13 przyp. — i można się obejść bez wyłyżeczkowania. Również bardzo dobre wyniki otrzymano w leczeniu poronień z podwyższoną ciepłotą. W poronieniach wczesnych, do 3-go miesiąca ciąży Chinin-Calcium okazuje się bezskutecznym. Stosowanie tego preparatu pozwala poza tym na uniknięcie wtórnej infekcji.

Przy przedwczesnym pęknięciu pęcherza płodowego i braku bólów, preparat Chinin-Calcium przyczynia się prawie niezawodnie do rozpoczęcia czynności porodowej, zarówno u pierwiastek jak i wieloródek. Tak-

że przy pierwotnie słabych bólach i stojącym pęcherzu otrzymuje się w 75% przyp. dobre wyniki.

Przy wtórnie słabych bólach działanie jest niestałe i niewyraźne. Tu powinno znaleźć zastosowanie leczenie kombinowane Chinin-Calcium i przysadką.

Co się tyczy dawkowania, autor postępuje według następującego schematu; w leczeniu poronień stosuje 2 — 3 cm^3 „Chinin-Calcium-Sandoz“ dożylnie, łącznie z 3 — 4 cm^3 domięśniowo. Przy słabych bólach porodowych 4 cm^3 dożylnie i 6 cm^3 domięśniowo łącznie 10 cm^3.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

A. CHALIER. *Zapobieganie i leczenie pooperacyjnego zapalenia żył.* (Presse Méd. Nr. 73, r. 1938).

Zapobieganie wystąpieniu zapalenia żył w okresie przedoperacyjnym sprowadza się do niedopuszczania do stałego przebywania w łóżku pacjentki bezpośrednio przed operacją, do dokładnego zbadania układu sercowo-naczyniowego z zastosowaniem odpowiedniego leczenia (adrenalina, efedryna, digitalina i t. d.), unikania środków wzmagających krzepliwość krwi i przygotowania ustroju do walki z infekcją za pomocą zastrzyków propidonu, podaży septazyny i t. d. W czasie operacji należy zwracać uwagę na idealną aseptykę i dokładną hemostazę, unikać zbiorowego podwiązywania naczyń i uszkodzenia naczyń żylnych miednicy. Po operacji najważniejszym wskazaniem jest wczesne podniesienie chorej (po 48 godzinach). Ponadto pacjentka wymaga troskliwej opieki lekarskiej z baczną kontrolą tętna i temperatury i zastosowania w razie potrzeby środków kardiotonicznych. O ile zjawią się objawy, wskazujące na zagrażające zapalenie żył (przyśpieszenie tętna, podniesienie ciepłoty, bóle w kostce, obrzęki) nie należy przerywać podnoszenia się chorej z łóżka. Winna ona jednak mieć przy chodzeniu przybandażowaną nogę, a po położeniu się otrzymywać kompres rozgrzewający. Łóżko w nogach należy podnieść. Trzeba zastosować środki wzmacniające serce i wzmagające ciśnienie krwi oraz środki zmniejszające krzepliwość krwi (cytrynian sodu w dawce 4 — 6 gr.). Ten sposób postępowania w ciągu 10 lat dał autorowi bardzo dobre wyniki. W żadnym przypadku nie obserwował powstawania zatorów.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

H. LEIMBACH. *Przyczynek do leczenia żółtaczki curcumenem.* (Medizinische Klinik Nr. 44, 1938).

Autor zajmuje się działaniem żółciopędnym curcumenu, znanego dotychczas raczej jako środek dezynfekujący i hamujący zapalenie. W 25 przypadkach cięższej i lżejszej żółtaczki uzyskiwał autor w stosunkowo

krótkim czasie prawidłowe zabarwienie kału, zniknięcie barwików żółciowych w moczu i, w lżejszych przypadkach jednocześnie, w ciężkich później, powrót do normalnego zabarwienia skóry i spojówek.

W przypadkach lżejszych, wywołanych przez żółtaczkę kataralną podawano 3 razy po 1 pastylce curcumenu dziennie, w cięższych, połączonych z powiększeniem wątroby, wyczuwalnością woreczka żółciowego i t. p. dawano 3 razy dziennie po 2 pastylki. Lekarstwo podawane doustnie znoszone było naogół dobrze, szczególnie po dodaniu kilku kropli kwasu solnego.

W razie istnienia objawów cholemicznych, autor stosował curcumen domięśniowo w ilości 2 cm 1 raz dziennie.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

M. LOEPER i A. VARAY. *Dożylne podawanie soli morfiny.* (Bull. de la soc. Med. des Hôp. Nr. 23, r. 1938).

Badania nad działaniem zastrzyku dożylnego chlorowodorku morfiny wykazały, że środek ten podany w tej postaci działa znacznie szybciej i dłużej i nie tak prędko wywołuje przyzwyczajenie, jak przy podawaniu podskórnym. Przy szybkim zastrzykiwaniu dożylnym występują wymioty i nudności, których jednak można uniknąć, zastrzykując morfinę powoli w ciągu 15 minut.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

LEON HIRSCH. *Nowy, oryginalny środek do obliteracyjnego leczenia żylaków.* Doniesienie I. (Z Oddz. Chorób Skór. i Weneryczn. Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie). (Polska Gaz. Lek. Nr. 41, 1938 r.).

Autor podaje wyniki swych doświadczeń na ca. 100 przypadkach, tyczących się działania nowego, oryginalnego środka do obliteracji żylaków „K a i n o n“ (produkowanego przez firmę Dr. A. Wander, S. A. w Krakowie).

„K a i n o n“ jest to 2½%-towy roztwór wodno-alkoholowy soli sodowych kwasów: oktadekadienowego i oktadekatrienowego. Leczenie żylaków „Kainonem“ dało nadzwyczajne wyniki zarówno z uwagi na wyniki terapeutyczne jak i praktyczne.

Technika zastrzyków jest podobna do zazwyczaj stosowanej.

Wyniki doświadczeń dadzą się ująć wg. autora w następujące punkty:

1. „Kainon“ w roztworze 2½% okazał się i w doświadczeniach na zwierzętach i u ludzi środkiem zupełnie nie trującym i nie szkodliwym.

2. Przy wstrzykiwaniu do żylaków (a więc naczyń o zwolnionym krążeniu krwi) wywołuje „Kainon“ odczyny zapalne i w następstwie te-

go zamknięcie światła naczynia; w ten sposób następuje wyleczenie żylaków.

3. Bolesność, (uczucie kurczu, ciągnienia) bezpośrednio po wstrzyknięciu jest nieznaczna, mniejsza, niż przy użyciu innych środków, służących do obliteracji.

4. Odczyny zapalno-wytwórcze nie wykraczają z góry poza granice słabego nasilenia i nie sprawiają żadnych dolegliwości, tak, iż chorzy mogą nie przerywać swoich normalnych zajęć.

5. Ilość wstrzykniętego roztworu zasadniczo wynosi 1 — 3 ccm, tylko w przypadku dużych bardzo żylaków ilość ta może być podwyższona do 5 ccm.

6. „Kainon" jeśli nawet dostanie się do tkanki podskórnej poza żyły nie wywołuje żadnych bolesnych nacieków a tym bardziej zgorzeli czy owrzodzeń.

7. Ze względu na swą płynność można „Kainon" wstrzykiwać igłami nawet bardzo cienkimi, co ma duże znaczenie w praktyce.

8. Przy wstrzykiwaniu „Kainonu" do żylaków chorego stojącego, uzyskuje się również dobre wyniki, jak przy wstrzykiwaniu choremu leżącemu.

9. Z leków dotychczas przez nas stosowanych do leczenia obliteracyjnego żylaków, okazał się „K a i n o n" najlepszy, jakby sądzić należało z wyników leczniczych do tej pory spostrzeżonych.

———:o:———

P. WILMOTH. *Znieczulenie wśródskórne.* (La Presse Médicale, Nr. 86, październik 1938 r.).

Schleich stosuje od 10 ciu lat znieczulenie śródskórne według następującej techniki. Przy pomocy dwucentymetrowej strzykawki i bardzo cieniutkiej igły z krótko ściętym ostrzem wstrzykuje się 2% nowokainę wzdłuż cięcia wśródskórnie. Znieczulenie takie utrzymuje się od 15 do 20-tu minut. Ta metoda znieczulenia nadaje się do stosowania wszędzie tam, gdzie skóra jest ruchoma w stosunku do podłoża, ale Schleich nie radzi stosować tej metody na nosie, podbródku, dłoniach i stopach.

Znieczulenie śródskórne może znaleźć zastosowanie w małych zabiegach bez obawy rozsiania infekcji, przyczym chory nie musi pozostawać w jakimś zakładzie. Rzecz jasna, że metoda ta nadaje się do zwykłych nacięć, a nie bardziej złożonych zabiegów.

W ciągu 10-ciu lat stosowania tego znieczulenia Schliech nie zauważył, ani razu, róży, zmian zapalnych skóry lub zgorzeli. Można je stosować bez obawy także u chorych na cukrzycę.

Dr. B. Szalita.

PAUL BLANCHET. *Leczenie nadciśnienia tętniczego samoistnego stałego lub napadowego hormonem przytarczycznym.* (Le Monde Medical 1 październik 1938).

Schorzenie to spostrzegane zarówno u ludzi starszych, jak i u ludzi młodych, jest często bezskutecznie leczone znanymi środkami, do których należą: środki przeciwskurczowe, nasercowe, moczopędne, jod, acetylcholina, autohemoteria, upust krwi, kuracja uzdrowiskowa, krótkie fale, bardzo ścisłe diety, przecięcie nerwu trzewnego i tak niebezpieczne i bezskuteczne wycięcie jednego nadnercza (Leriche). W praktyce swojej autor zaobserwował trzy grupy faktów, które go doprowadziły do zastosowania hormonu przytarczycznego w nadciśnieniu samoistnym. 1). Autor zaobserwował pewną grupę chorych na wątrobę, u których występowały zaburzenia gospodarki białkowej i napady nadciśnienia. Dokładne badania wykazały, że układ współczulny jest u nich specjalnie pobudzony i że ciała białkowe źle użyte przez organizm wywołują u tych chorych napady nadciśnienia.

2). Wiadomo że w nadczynności istoty rdzeniowej i korowej nadnerczy stwierdza się przewagę w działaniu układu współczulnego i nadciśnienie napadowe lub stałe.

3). Autor wypróbował hormon przytarczyczek w okresie najwiekszego nasilenia napadu dychawicy oskrzelowej i w pokrzywce i widział że hormon przytarczyc stanowczo pogarszał stan chorego astmatyka oraz nasilał objawy w pokrzywce, podczas gdy adrenalina przyczyniała się do ustąpienia napadu dychawicy.

Z tych obserwacyj autor zrozumiał, że istnieje antagonizm, z jednej strony, między nadnerczami i tylnym płatem przysadki, które zwężają włośniczki na skutek kurczenia włókien mięśni gładkich, i z drugiej strony, hormonem przytarczycznym, który rozluźnia te włókna. (Nie jest to dziwne, gdyż oddawna już wiemy, że hormon ten zmniejsza nadpobudliwość nerwowo-mięśniową w spazmofilii), i zastosował hormon przytarczyczek w nadciśnieniu. Chociaż fizjolodzy twierdzą, że hormon ten podany doustnie zostaje zniszczony przez trypsynę i zaczyny trzustkowe, autor stosował tylko hormon per os w ilości 20 jednostek dziennie i spostrzegł po tygodniowym leczeniu, że ciśnienie spadło o dwa centymetry rtęci. Podany w czopku w ilości 10 jednostek dziennie, hormon przytarcz. daje takie same dobre wyniki. Po wstrzyknięciu podskórnym, spadek ciśnienia jest o wiele znaczniejszy. Czasami już w dwie godziny po wstrzyknięciu 20 jednostek paratyronu ciśnienie spada o dwa cm. rtęci. Autor uważa, że hormon przytarcz. jest bardzo cennym lekiem, chociaż do tej pory ani dawka dzienna, ani czas leczenia nie są dokładnie znane. Chwilowo należy się kierować obserwacją kliniczną i osobniczą. Spostrzeżono

bowiem, że serce może czasowo i chwilowo osłabnąć. Wtedy podaje się ogólnie stosowane leki nasercowe i obwodowe. Autor nigdy nie widział tych rzeczy. Przeciwnie, obok trwałego obniżenia ciśnienia, hormon ten przywraca normalny rytm serca w przypadkach częstoskurczu z niemiarowością — usuwa bóle za mostkiem, zawroty głowy, kurcze kończyn, kurcze naczyniowe i przywraca sen. *Dr. A. Boczko.*

———:o:———

O. A. KOVANIC. *Coramina w dusznicy bolesnej.* (Aerztliche Korrespondenz Praga. Roczn. 9, Zeszyt 7/8).

Autor wypróbował Coraminę w przypadkach prawdziwej i rzekomej dusznicy bolesnej. Zgodnie z doświadczeniami autorów jak Petschacher, Beutel Brower i Korry, nie znalazł u hypertoników z dusznicą bolesną żadnego podniesienia ciśnienia krwi, zwiększyła się jedynie amplituda ciśnienia. Tętno zarówno po podawaniu daustnym jak i podskórnym stawało się pełniejsze, istniejący częstoskurcz zwalniał się.

Na sam napad działanie Coraminy jest wprost specyficzne. Autor miał zawsze wrażenie, że napad skracał się i nasilenie jego było łagodniejsze. Przy dłuższy czas trwającym leczeniu Coraminą, napady występują rzadziej. Dawkowanie zależne jest od każdego poszczególnego przypadku. Wystarcza zwykle 1 — 2 amp. po 1,7 cm. podskórnie lub 1 — 3 razy dziennie po 10 — 30 kropli. Dawki te w czasie napadu mogą być znacznie zwiększone. Coramina wykazała również znaczny wpływ na złe samopoczucie w przypadku napadu dusznicy bolesnej prawdziwej. Męczące uczucie strachu i promieniujące bóle znikały lub zmniejszały się natychmiast po zastosowaniu podskórnym Coraminy, po zastosowaniu zaś doustnym ustępowały po krótkim czasie. Jeśli Coraminę zastosować zaraz na początku napadu wówczas objawy już nie osiągają szczytu. W kilku przypadkach badano wpływ Coraminy za pomocą elektrokardiogramu.

Jeśli chodzi o dusznicę bolesną rzekomą, to działanie Coraminy jest najprawdopodobniej spazmolityczne, w dusznicy bolesnej prawdziwej należy przyjąć wpływ wzmacniający czynność serca i krążenie. W obydwu formach dusznicy bolesnej uderzające było szybkie wchłanianie się Coraminy i szybko występujące działanie. Ta zaleta Coraminy ma wielkie znaczenie praktyczne w leczeniu dusznicy bolesnej.

Dr. Med. F. Mikulska

———:o:———

WARMBOURG, LINQUETTE I RAVAUT. *Zaburzenia układu sercowo-naczyniowego i ich leczenie.* (Gazette des Hopitaux październik 1938).

Autorzy dzielą te zaburzenia na dwie grupy: schorzenia serca pochodzenia obwodowego i zaburzenia krążenia pochodzenia sercowego.

W pierwszej grupie znajdujemy nadciśnienie i podciśnienie. Kolejne przyczyny nadciśnienia są zaburzenia nerwowo-humoralne, obecność we krwi jadów zwężających naczynia, skurcz naczynia, obwodowa hypertonia naczyniowa. Przyczyny hypotonii naczyniowej obwodowej są: niedokwistości wtórne a szczególnie Biermerowska, krwawienia nieobfite ale stałe a szczególnie krwawienia z dróg rodnych u kobiet, stany przebiegające z utratą płynów jak: ciężka dysenteria, powtarzające się punkcje brzucha z powodu puchliny lub płynu w opłucnej, stany podciśnienia stwierdzone w dychawicy, niedomodze wątroby, podciśnienie w okresie pokwitania i przekwitania, podciśnienie wywołane przez choroby zakaźne, tętniak tętniczo-żylny, wreszcie podciśnienie wrodzone.

Wszystkie te przyczyny osłabiają serce i prowadzą w końcu do niedomogi. Odnośnie drugiej grupy to przez dłuższy czas choroba serca może się nie odbić na obwodzie, ale stwierdzenie objawów obwodowych jest cenną pomocą w ustaleniu leczenia a szczególnie rokowania. Z zaburzeń ogólnych wywołanych chorobą serca, jednym z najważniejszych jest zmniejszenie szybkości krążenia krwi. Przekrwienie żylne wywołuje wzrost ciśnienia tego układu, ale istnieją schorzenia serca nawet zdekompensowane, gdzie ciśnienie żylne jest niskie na skutek zwiększonej elastyczności dużych pni naczyniowych. W niedomodze krążenia włośniczki mają wygląd kręty, a naczynia są rozszerzone

W dekompensacji serca, stwierdza się hypertonię tętniczek i zwężenie włośniczek. Otóż w wypadku tego zwężenia tętniczego należy podawać środki rozszerzające naczynia. Do nich zaliczają autorzy połączenie perpariny z extr. opii.

Dr. A. Boczko.

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją D-ra Med. M. Landesmana st. asyst. U. J. P.

K. KUEMMERLING. *O małopłytkowości i jej leczeniu.* (Medizinische Klinik Nr. 35, 1938).

W szpiku kostnym znajdują się 3 rodzaje układów, leżące w siateczce: 1) układ erytropoetyczny, 2) leuko i 3) trombopoetyczny. Funkcje tych układów podlegają wpływom hormonalnym i wegetatywnym. Wpływ czynników, znajdujących się poza obrębem szpiku, tłumaczy nam możliwości schorzeń poszczególnych układów oddzielnie: np. drażnienie gałązki nerwu sympatycznego wywołuje wzrost ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych, wycięcie zaś, spadek. Niedomoga jajników wpływa na obniżenie hemoglobiny i białych ciałek. Z narządów wewnętrznego wydzielania, największy wpływ ma śledziona. Trudności w obserwacji jej wpływu sprawiają zdolności następcze innych organów w chwili wycięcia śledziony (układ siateczkowośródbłonkowy). Śledziona działa na odległość na szpik

i jest antagonistą wobec tarczycy. Podczas gdy tarczyca zwiększa napięcie nerwu sympatycznego, śledziona obniża je.

Podczas gdy badania nad wpływem śledziony na erytro i leuko-poezę są niezgodne, ogólnie uznanym jest, że śledziona zmniejsza poziom płytek.

Autor w kilku słowach porusza teorie podstawowe, dotyczące pochodzenia jak również morfologii i biochemii płytek:

Wg. Wrighta płytki pochodzą z megakariocytów, wg. Schillinga z normoblastów. Najwięcej zwolenników ma teoria Wrighta.

Płytki składają się z substancji lipoidowej i białkowej, zawierają ziarenka łamiące silnie światło, wielkość ich waha się od 2—3,6 μ, ilość od 200.000 — 900.000 w zależności od użytej metody. Już w warunkach fizjologicznych występują duże wahania. Np. w czasie miesiączki stwierdza się zmniejszenie ilości płytek.

Arneth usiłował stworzyć podział płytek pod względem serologicznym i morfologicznym. Uważa on, że substancje homogenne (hyalomer) posiadają własności zlepne, podczas gdy substancje ziarniste posiadają własności biochemiczne. Im większy stosunek na korzyść hyalomeru, tym silniejsze własności zlepne, niezależnie od ilości płytek. Tym możnaby sobie wytłómaczyć istnienie skazy przy normalnej ilości płytek jak również niewystępowanie jej przy zmniejszonej ilości. Ciekawym przyczynkiem do własności indywidualnych płytek są obserwacje Jürgensa i Willebranda u chorych na skazę krwiotoczną z wyspy Taland. U osobników tych mimo dużej skłonności do krwawień, ilość płytek i czas krzepnienia był prawidłowy. Natomiast wartościowość samych płytek była wybitnie obniżona. Czas zlepiania się był bardzo wydłużony.

Do tej grupy schorzeń (zwanych też trombocytopatiami) należy trombasthenia typu Glanzman. Również i w tym wypadku uważa się za przyczynę schorzenia niedomogę czynnościową płytek. Podczas gdy ilość płytek i czas krzepnienia jest prawidłowy, Fonio stwierdzał wybitną makrocytozę, inni mikrocytozę, a wszyscy zgadzają się, że zdolność aglutynacyjna jest wybitnie obniżona.

Niewątpliwie należy się w tych przypadkach liczyć ze stanem ścian naczyń, a mianowicie z ich ewentualną przepuszczalnością. Temat ten jednak wchodzi w zakres skaz naczyniowych jak np. peliosis rheumatica Schönleina, purpura Henoch, skazy anafilaktyczne i awitaminozy, czego autor w tym referacie nie chce poruszać.

Co się tyczy biologii płytek, powstają one przez odsznurowanie się z megakariocytów i dostają się do obiegu krwi. Częste nakłucia mostkowe wyjaśniły rozwój samego megakariocyta, który powstaje z megakarioblasta poprzez promegakariocyt. Rzadko można uchwycić moment tworzenia się płytek. Rohr uważa, że rozpad ten jest bardzo szybki, wprost eksplodujący.

Wpływ śledziony jest jak wyżej wspomniano bardzo duży. Działa ona b. silnie hamująco na produkcję płytek. Usunięcie śledziony zwiększa produkcję.

Również układ wegetatywny wpływa silnie. Hypnoza, wstrząs wpływa wybitnie obniżająco. Co się tyczy postaci klinicznych, dzielimy je na symptomatyczne i idiopatyczne:

Małopłytkowość objawową wywołują wszystkie jady szpikowe chemiczne i bakteryjne (związki benzolowe, salwarsan, saponiny, złoto, wodan chloralu). Wszystkie choroby zakaźne (z wyjątkiem szkarlatyny) przebiegają ze zmniejszeniem płytek.

Przypuszcza się, że toksyny działają nietyle na szpik, ile raczej poprzez śledzionę.

Zmniejszenie płytek wywołują promienie X i rad. W chorobie Biermera, w białaczce przewlekłej i agranulocytozie, stwierdza się niekiedy wybitne zmniejszenie płytek. Nowotwory nie wpływają zupełnie na poziom płytek. Ziarnica złośliwa i białaczka ostra czasami powodują wzrost.

W splenomegalii typu Gaucher stwierdza się małopłytkowość, szczególnie w późniejszych okresach. W rozpoznaniu różniczkowym za splenomegalią przemawia powiększenie wątroby i śledziony, niedokrwistość, wczesny początek schorzenia (w młodości), wyniszczenie i pigmentacja. Właściwą idiopatyczną małopłytkowością nazywamy chorobę Werlhofa.

Charakteryzują ją krwawienia ze śluzówek i skóry. Na całym ciele występują duże wynaczynienia w formie plam, na twarzy i śluzówce ust w formie punkcikowatych wybroczyn. Żaden narząd nie zostaje zaoszczędzony w tej chorobie. Stąd krwawienia z jam naturalnych ciała. Śledziona jest prawie zawsze powiększona. Ilość płytek jest kolosalnie zmniejszona, lub też brak ich nawet zupełnie. Czas krzepnienia prawidłowy, czas krwawienia wybitnie przedłużony. Przebieg choroby jest bardzo urozmaicony. Mogą występować ostre okresy, remisje, nawroty itp. Różniczkować należy z purpura Henoch, peolisis rheumatica, szkorbutem i hemofilią. W tej ostatniej czas krzepnienia wybitnie wydłużony, ilość płytek jest prawidłowa. Duże trudności sprawia w różnicowaniu aplastyczna anemia. Charakterystycznem jednak dla choroby Werlhofa jest początkowe występowanie krwawień a później pojawienie się anemii, podczas gdy w anemii aplastycznej sprawa ma się naodwrót.

Etiologia cierpienia jest dotychczas nieznana. Przypuszczają, że niewątpliwie pewną rolę odgrywają czynniki hormonalne, wychodzące ze śledziony. W szpiku stwierdza się raczej zwiększoną ilość megakariocytów. Wewnątrz nich stwierdza się jednak zmiany zwyrodnieniowe, jak obecność wodniczek i brak ziarnistości. Po wycięciu śledziony megakariocyty wracają do normy.

Leczenie: w małopłytkowości objawowej już usunięcie przyczyny (jady) doprowadza do samoistnego wyleczenia. Przy dużych wykrwawie-

niach stosowane bywają przetaczania (małych ilości i dosyć często). 10% sól kuchenna, stryphnon, wapń i witamina C.

Niestety w idiopatycznej małopłytkowości poprawę uzyskać można tylko przejściową. Zupełne wyleczenie może dać tylko wycięcie śledziony. Zabieg ten wskazany jest tylko w bardzo ciężkich przypadkach wykrwawień i częstych nawrotach. Przy wskazaniach należy się liczyć z 10% śmiertelnością w przypadkach przewlekłych.

Gdy przypadek nie nadaje się do zabiegu, pozostaje tylko naświetlanie prom. śledziony.

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Katastrofalny stan lecznictwa w Polsce.

Kurier Warszawski z dn. 14 b. m. publikuje szereg cyfr z dziedziny lecznictwa w Polsce, które ze względu na swą wymowę powinny dostać się do wiadomości szerszego ogółu.

Według tych danych — w miastach liczących ponad 10.000 ludności na jednego lekarza przypada 738 mieszkańców. We wsiach i mniejszych miasteczkach na jednego lekarza przypada 9.624 osoby.

Z tego rachunku wynika, że przeciętnie w całym kraju 1 lekarz powinien obsłużyć 2. 700 mieszkańców.

Jeżeli chodzi o lekarzy dentystów i stomatologów — sprawa przedstawia się jeszcze znacznie gorzej. W r. 1937 w całym kraju było ich zaledwie 3.543, czyli na jednego lekarza dentystę przypadało około 10.000 mieszkańców. Na leczenie zębów w Polsce naogół niestety zwraca się stosunkowo mało uwagi, a trzeba przecież uświadomić sobie, że zepsute zęby pociągają za sobą złe trawienie, choroby żołądka i inne.

Równie rewelacyjne dane obrazują stan szpitalnictwa polskiego: na 10 tys. mieszkańców przypadało w r. 1937 21,1 łóżko szpitalne. Niezmiernie niski ten stan organizacji lecznictwa w większych zakładach tłumaczy poczęści fatalne rozmieszczenie lekarzy i ogólny ich brak. Jasne jest bowiem, że młodzi lekarze grupują się przy większych ośrodkach lecznictwa. otwarcie bowiem własnej praktyki na surowym dotychczas terenie wymaga wkładu gotówki, którą niewielu z lekarzy, a rzadko który z młodych rozporządza.

Sprawę tę być może po części rozwiąże nowa ustawa, wymagająca od nowo osiedlających się lekarzy przymusowej praktyki 2-letniej na wsi. W ten sposób zaniedbany dotychczas teren będzie obsługiwany stale przez młody element lekarski, dostarczany corocznie przez uniwersytety.

Jednak sytuacja lekarzy na wsiach jak wiadomo — jest bardzo ciężka, gdyż — sprawując opiekę nad wielką liczbą biednej i zaniedbanej zdrowotnie ludności — są przeciążeni pracą, a jednocześnie mają niezmiernie niskie dochody. W celu ułatwienia im pracy należałoby otwierać na wsiach publiczne placówki, być może nie szpitale, lecz ośrodki zdrowia, w których praktykowałoby po kilku lekarzy przy pomocy fachowej obsługi, higienistek, podobnie jak to jest urządzone w miastach.

Aby zagadnienie to ująć od podstaw, należałoby też zwrócić baczniejszą uwagę na *podniesienie zdrowotności* w Polsce. Działalność czynników powołanych do zwalczania chorób społecznych powinna zwrócić się w kierunku większego nasilenia lecznictwa zapobiegawczego, aby nie dopuszczać do tak masowego jak dotąd przypływu chorych do szpitali i sanatoriów. Wytężona propaganda i planowa akcja społeczna dążąca do racjonalnego wykorzystywania urlopów przez ludzi jeszcze nie chorych, ale z pewnością osłabionych, wyczerpanych i zagrożonych chorobą, — mogłaby tu częściowo rozwiązać problem.

Czynniki miarodajne powinny troskliwszą opieką otoczyć uzdrowiska polskie, dla umożliwienia im należytego rozwoju i rozbudowy we wszelkich kierunkach, aby jak najszersze rzesze obywateli mogły korzystać z ich dobroczynnych właściwości leczniczych. Dotychczas niestety również i do uzdrowisk jeżdżą przeważnie ludzie już chorzy, zamiast stosować kurację zdrojowiskową profilaktycznie przynajmniej raz do roku w ciągu sezonów letnich bądź zimowych.

Gdyby lecznictwo zapobiegawcze w uzdrowiskach było należycie rozpowszechnione wśród społeczeństwa i docenianoby jego wartość, a także gdyby większy nacisk położyły na organizowanie wywczasów dla mniej zamożnych pracowników umysłowych lub fizycznych odnośne sfery kierownicze poszczególnych instytucyj, wówczas z pewnością podniósłby się ogólny stan zdrowotności w Polsce, a istniejące szpitale nie byłyby tak jak dotychczash przepełnione.

W każdym razie potrzeba należytej organizacji lecznictwa w najszerszym znaczeniu jest jednym z najbardziej palących zagadnień społecznych w Polsce i czynniki miarodajne powinny bliżej się nią zainteresować.

Wzrost frekwencji w uzdrowiskach.

Rok 1938 przyniósł uzdrowiskom bardzo wyraźny wzrost frekwencji ogólnej, co przejawia się w cyfrach tymczasowych zestawień.

Np. w Szczawnicy ogólna frekwencja kuracjuszy wynosiła do końca października 10.723 osób, podczas gdy przez cały rok 1937 osiągnęła zaledwie 9.458 osób. Również już przekroczyły cyfrę zeszłorocznej frekwencji uzdrowiska Ojców, Zaleszczyki, Jastrzębie-Zdrój. W Ojcowie do chwili obecnej przebywało 2.303 osób, podczas gdy w roku zeszłym tylko 1.631. W Jastrzębiu-Zdroju frekwencja do dnia dzisiejszego wynosi 5.644

osób, a frekwencja całego roku 1937 — tylko 5.551. W Zaleszczykach dotychczas przebywało 9.224 osób, kiedy w zeszłym roku do 15 listopada było zaledwie 5.797. Iwonicz zaś obecnie już osiągnął cyfrę całorocznej frekwencji 1937 r., a mianowicie 11.099 osób.

Nieustanny wzrost frekwencji jest najlepszym dowodem konieczności rozbudowy naszych uzdrowisk — tym bardziej, że w czasie pełnego sezonu w wielu uzdrowiskach pojemność bywa wyczerpana i staje się konieczne przerzucanie pewnych kategoryj kuracjuszy na okresy frekwencyjnie słabsze.

Zniżki kolejowe z Darkowa.

Nowe polskie zdrojowisko Darków, leżące na terenie Śląska Zaolzańskiego, zostało już włączone do szeregu uzdrowisk, posiadających prawo udzielania swoim kuracjuszom po 14 dniach pobytu taryfowych ulg kolejowych w wysokości 33% w drodze powrotnej. Zniżki te obowiązują w ciągu całego roku.

Darków, posiadający niezmiernie cenną solankę jodobromową, położony jest nad brzegiem Olzy w pięknej okolicy suchej i zdrowej. Zdrojowisko posiada wspaniale urządzony zakład leczniczy, który obecnie z powodu niedawnych wypadków politycznych świeci pustkami i czeka na polskich kuracjuszy.

TREŚĆ

str.

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.